



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ ผลของรูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- ❖ การพัฒนาความร่วมมือการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายและแกนนำในชุมชนพื้นที่ตำบลหนองกุงเงิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันการควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย
- ❖ การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านเสต จังหวัดขอนแก่น : ประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผลการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์
- ❖ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวันโรคคือยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7
- ❖ ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี – สปป. ลาว
- ❖ การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับความร้อนจากการทำงานของเกษตรกรทำงานกลางแจ้งภาคตะวันออกเชิงเหนือ ประเทศไทย
- ❖ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย
- ❖ สุนทรียทักษะ ภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565
- ❖ ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10
- ❖ การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย และผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการวิจัยของสมาชิกเครือข่ายและผู้สนใจ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์ภา
รศ.อรุณ จิระวัฒน์กุล ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

บรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุดทะกุล

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ศ.ดร.บรรจบ ศรีภา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.ไพฑูริย์ สิทธิธาร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ปิยะธิดา คูศิริรัตน์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พรพรรณ สกุลคู มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ชนัญญา จิระพรกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุนิสา ขายเกลี้ยง มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุพจน์ คำสะอาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ศิริพร คำสะอาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.มยุรี ลีทองอิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นสพ.ดร.สุวิทย์ อุปสัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์า มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กวิทร์ ถิ่นคำรพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ฤทธิรงค์ จังโกฏี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พัชรภรณ์ ทิพย์วัฒน์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.พญ.เสาวนันทน์ บำเรอราช มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.กฤติยาณี ธรรมสาร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ธีระศักดิ์ พจจันทร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ประทีป กาลเขว้า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ แมนวงศ์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธรรณิศา สายวัฒน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.สุภัทรา สามัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
พญ.จิรา ศักดิ์ศิริธร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.บุญทนากกร พรหมภักดี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.วันทนา กลางบุรัมย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุวัฒนา อ่อนประสงค์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.วาสนา สอนเพ็ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.จมากรณ์ ใจภักดี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.ไชยเชษฐ์ นานอก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ผู้จัดการ

ดร.บุญทนากกร พรหมภักดี

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายสารัช บุญไธรย์ นางสาวประนิตา แก้วพิกุล

พิสูจน์อักษร

นางสาวกมลทิพย์ ฤกษ์ภูรักษ์ นายลือชัย เนียมจันทร์ นางสาวประนิตา แก้วพิกุล นายธนศ นนท์ศรีราช
นายอัครศร สว่างแจ้ง นางสาวภัทราวดี ภักดีแพง นางสาวอารีย์ มีคุณ นางสาวกัญชรส วังมุข
นางสาวกรรณพร กันยามา นางสาวณัฐวดี ดุษฎีวิทยกุล นางสาวดิรี น้อยศรี นางสาวศศิธร แพนสมบัติ
นางสาววิภาพร ต้นภูเขียว

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นายสารัช บุญไธรย์

นางสาวประนิตา แก้วพิกุล

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น เผยแพร่มาถึงปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ ผลงานวิจัย ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้วยเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านได้ค้นคว้าศึกษา เพื่อปรับใช้ประโยชน์ตามบริบทและปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่ โดยขอบเขตของเนื้อหาครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่คุณเชิญให้ติดตาม เช่น ผลของรูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการ ปลาร้าและปลาหมึกปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น โดย กิตติพิชญ์ จันท์ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 โดย สุภาพร ทันทา การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนจากการทำงานของเกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดย พิพัฒน์พงษ์ โลแก้ว ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดย พาฝัน หัตถสันเทียะ และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> และขอเชิญชวนท่านที่สนใจสามารถส่งบทความวิชาการเข้ามาเพื่อเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์เดียวกันนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ หากมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงพัฒนาวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พูตระกูล
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินบทความฉบับนี้

รศ.ดร.สุพจน์ คำสะอาด
ผศ.ดร.กวินทร์ ถิ่นคำรพ
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์
ดร.ประทีป กาลเซว้า
พญ.จิรา ศักดิ์ศิริธ
ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์

รศ.เพชรไสว ลิ้มตระกูล
ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์หา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช
ดร.สุทิน ชนะบุญ
ดร.บุญทนากกร พรหมภักดี
ดร.สุวัฒนา อ่อนประสงค์
ดร.จมาภรณ์ ใจภักดี

ผศ.ดร.ชนัญญา จิระพรกุล
ดร.กฤติยาณี ธรรมสาร
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์
ดร.สุภัทรา สามัง
ดร.วันทนา กลางบุรัมย์
ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าน่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบรูณ์ และเป็น ร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการ

ดำเนินการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวกในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่อง ที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และ คณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์พัฒนพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขียวกิตติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. N Z Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993; 325-33.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250–350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามี การระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรคและการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิเคราะห์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดใน ครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532 .
3. ธวัชชัย วรพงศ์ธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรพรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. ศูนย์ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

สารบัญ

- ❖ ผลของรูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการปาล์มน้ำมันและปาล์มปลูกทดแทนในไร่ไม้ค้ำ โดยมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
กิตติพิชญ์ จันทิ, สุวิศิษฐ์ ช่างทอง, สุกัลักษณ์ พริ้งเพระ, เกษร แดงโนนจิว..... 1
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
บุญธง พิมพิโคตร, อีรศักดิ์ พาจันทร์..... 16
- ❖ การพัฒนาความร่วมมือการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายและแกนนำในชุมชนพื้นที่ตำบลหนองกุงเงิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ, สารัช บุญไตรย์, วิทยา แสงแสง..... 29
- ❖ การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย
ณัฐพล โยธา, สุรัชย์ พิมหา, นครินทร์ ประสิทธิ์, นพรัตน์ เสนาชาต, และคณะ..... 42
- ❖ การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น : ประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผลการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์
บุญทนการ พรหมศักดิ์, วิทยาพร ตันภูเขียว, จุฬจิรา หินจำปา..... 54
- ❖ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวันโรคต่อยาหลายขนานของผู้ป่วยวันโรค เขตสุขภาพที่ 7
สุภาพร ทันดา, อีรศักดิ์ พาจันทร์, สุทิน ชนะบุญ, กฤษณ์ ชุนเล็ก..... 67
- ❖ ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี – สปป. ลาว
พนมวรรณ สว่างแก้ว, กุลชญา ออทยา, สุภาพร ใจการณ..... 79
- ❖ การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนจากการทำงานของเกษตรกรทำงานกลางแจ้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
พิพัฒน์พงษ์ โอแก้ว, สุนิสา ชัยเกลี้ยง..... 93
- ❖ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น
รุ่งทอง วัชรกุลเกียรติ, วรรณกร ตาบ้านผู้..... 108
- ❖ การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย
รศวัน พิสมัยพันธ์, ศิวพร เลียววนิชย์เจริญ..... 122

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567 Volume 31 No.1 January-April 2024

สารบัญ (ต่อ)

- ❖ สุนทรียทักษะ ภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
อภิญา ปิงมา, สุวิทย์ อุดมพานิชย์, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัช พิมพา..... 134
- ❖ ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565
สุจิตรา เทพมงคล, คารณ จันทวิญวงศา..... 149
- ❖ ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา
พาฝัน หัดสันเทียะ, วาริน เอี่ยมสวัสดิกุล, อีระวุฒิ ธรรมกุล..... 162
- ❖ ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบาย การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10
เกศรา แสนศิริทวีสุข, จุติพร ผลเกิด, วิไลวัล ศรีเชียงสา, จันทภา อันพิมพ์, บุศณี มุจรินทร์..... 174
- ❖ การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในอำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
ทวิ พิมพันธ์, รัตนา ทาทนดี..... 188

ผลของรูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม ปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในพื้นที่ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

Results of The Development Model of Fermented Fish Establishments Free
From Liver Flukes with Local Participation at Ubolratana District,
Khon Kaen Province

กิตติพิชญ์ จันทน์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

สุวิศิษฐ์ ช่างทอง ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)**

ศุภลักษณ์ พริ้งพระยา วท.บ. (เคมี)***

เกษร แถวโนนจิว ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

**ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

***ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น

Kittiphit chantee M.P.H. (Public health)*

Suwisith changthong M.P.H. (Environmental health)**

Supaluck Pringproh B.Sc. (Chemistry)***

Kesorn thaewnonngiew Ph.D. (Public health) *

*Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

**Regional of Health 7 Khon Kaen

***Regional Medical Science Center 7 Khon Kaen

Received: January 31, 2024

Revised: March 24, 2024

Accepted: March 27, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่มปลอดพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายการศึกษา คือ เจ้าของและพนักงานของสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่ม 5 แห่ง รวม 22 คน และหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนในพื้นที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชนอำเภอ โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนแกนนำชุมชน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข รวม 38 คน ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การติดตามประเมินผล ช่วงการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 – สิงหาคม 2564 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจ แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบบประเมินสุขาภิบาล และแบบประเมินความรู้ความรอบรู้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาของผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาซึ่มไม่ปลอดพยาธิ สถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่มไม่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาล ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาซึ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่ถูกต้อง รูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับโดยการเก็บปลาร้าและปลาซึ่มส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ 2) การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สถานที่ผลิตตามมาตรฐานสุขาภิบาลพร้อมติดฉลากปรุงสุกกำกับผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาซึ่ม และ 3) การมีเครือข่ายร่วมดำเนินการปลาร้าและปลาซึ่มปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ผลลัพธ์หลังการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า 1) การสุ่มตรวจผลิตภัณฑ์ปลาร้า และปลาซึ่มไม่พบความเสี่ยง

การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ทุกผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาซำมีติดฉลาก“ปรุงสุกปลอดภัย” 3) สถานประกอบการปลาร้าและปลาซำผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาล 4) ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาซำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น 5) ผลักดันให้ท้องถิ่นได้ข้อบัญญัติควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทการผลิต สะสม หรือแบ่งบรรจุอาหารหมักดองจากสัตว์ได้แก่ ปลาร้า ปลาซำ ปลาจ่อม หรือผลิตภัณฑ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน พ.ศ. 2563

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถยกระดับให้ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาซำให้ปลอดภัยใบไม้ตับด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานท้องถิ่นในการสนับสนุนการดำเนินงานโดยมองเป้าหมายพร้อมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่เป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน

คำสำคัญ: ปลาร้าและปลาซำปลอดภัยใบไม้ตับ สถานประกอบการปลาร้าและปลาซำ

Abstract

This action research aimed to develop a model to enhance the quality of fermented fish products to mitigate liver fluke contamination. The study was conducted at the Ubolratana District, Khon Kaen Province, with the participation of 60 personnel from relevant organizations, including the Ubolratana Municipality, the Administration Organization of Ubolratana sub-district, fermented fish producers, Ubolratana Hospital, the District Health Office, the District Agriculture Office, District community development office, community leaders, and health volunteers. The study proceeded through three phases: situational analysis, development of intervention strategies, and monitoring and evaluation. Data collection took place between May 2020 and August 2021. Various research instruments such as surveys of fish and fermented fish product establishments, interviews, satisfaction assessments, non-participant observation forms, food safety standard assessment forms, and health literacy assessment questionnaires were used. Data analysis involved descriptive statistics and content analysis.

The results of a study indicated that fermented fish and pickled fish products are often contaminated with liver fluke. Such products do not meet the food safety standards set by health regulations. The producers of these products lack accurate knowledge on how to prevent liver fluke and bile duct cancer. To address this issue, three establishment models were established: 1) Lab tests are conducted on fermented and pickled fish samples to detect liver fluke eggs; 2) Producers are supported in holding to health standards and labeling their products as “fluke-free” to control and prevent liver fluke disease; 3) A collaborative network is established to operate liver fluke-free fermented fish and pickled fish operations in the area. After the intervention, it was found that: 1) Random testing of fermented and pickled fish products did not detect any liver fluke contamination; 2) All fermented fish and pickled fish products were labeled as “fluke-free”; 3) Establishments that produce fermented and pickled fish now meet the standards for food production set by health regulations; 4) Producers of fermented and pickled fish now possess increased knowledge on preventing liver fluke and bile duct cancer; 5) Local enforcement efforts led to the regulation of hazardous business activities related to the production, accumulation, or packaging of fermented foods such as fermented fish, pickled fish, or similar products.

The study emphasizes the effectiveness of collaborative approaches among fermented fish producers to produce fluke-free products through community-supported initiatives, fostering collective progress toward shared objectives.

Keywords: Pickled and fermented fish products, Fluke-free products

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและยืดเยื้อมานานควบคู่กับประชาชนชาวอีสานโดยมีการประมาณการติดพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ว่ามีผู้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากถึง 6 ล้านคน⁽¹⁾ และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 และเป็นสาเหตุหลักที่เกี่ยวข้องส่งผลทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA)⁽²⁾ จากสถิติกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีคิดเป็น 26.3, 25.1 และ 24.3 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงาน เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุระหว่าง 40-60 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี ICC) 80,000 บาทต่อราย หรือประมาณ 1,960 ล้าน/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีขนาดปัญหารุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก⁽⁴⁾ สาเหตุมาจากการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนที่จับได้ตามแหล่งน้ำชนบททั่วไปในพื้นที่อย่างไม่ถูกสุขอนามัย การบริโภคแบบดิบ ๆ การหมัก หรือการปรุงที่ไม่สุกดีพอจะทำให้ติดพยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อ (Metacercaria) ของพยาธิใบไม้ตับนี้ได้ ก่อปรกับการขับถ่ายของประชาชนบางกลุ่มที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้มีไข่พยาธิใบไม้ตับไหลปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติได้ ทำให้ครบวงจรการเจริญเติบโตของพยาธิใบไม้ตับ⁽⁵⁾ และแพร่ระบาดมาอย่างยาวนานหลายชั่วอายุ ปลาที่มีมากในช่วงฤดูกลางและตามแหล่งน้ำทั่วไป การถนอมเก็บรักษาอาหารไว้เพื่อการบริโภคในช่วงยามที่จำเป็น ไข่แลกเปลี่ยนหรือเป็นของฝากให้ญาติและคนรู้จักโดยการทำปลาร้า ปลาจ่อม ปลาจุ่ม ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดมานานจากบรรพบุรุษ และมีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิต การดำรงชีพ โดยเฉพาะเรื่องอาหาร เนื่องจากปลาร้าเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารหลาย ๆ เมนูของชาวอีสาน ซึ่งปัจจุบันได้กลายเป็นสินค้าที่จำหน่ายทั่วไปทั้งในและนอกพื้นที่⁽⁶⁾

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมมือกันเร่งรัดค้นหาคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและตรวจอัลตราซาวด์

ค้นหาผู้มีอาการสงสัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เป้าหมาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 พร้อมกับการรณรงค์ไม่บริโภคอาหารแบบสุก ๆ ดิบ ๆ “กินสุกก็แซบ ไม่กินปลาดิบ” มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งภาคประชาชนทั่วไป และปลูกฝังความรู้ให้กับกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาทุกระดับ เพื่อลดปัญหาความชุกพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ซึ่งหวังผลต่อปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เดิมมีอยู่แล้วให้ลดต่ำลงในระยะเวลายั่งยืน สถานประกอบการผลิตปลาร้า ปลาส้มที่มีกระจายอยู่ทั่วไปและไม่ได้มาตรฐานจึงเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้ไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดพยาธิใบไม้ตับ และการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต ดังนั้น การลดปัญหาดังกล่าวต้องใช้ความร่วมมือการทำงานบูรณาการกับเครือข่ายอย่างพร้อมกัน รวมถึงมีผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับรู้ และตระหนักถึงความเสี่ยงร่วมกัน ให้มีความสำคัญต่อการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงให้มากขึ้น ทุกหน่วยงาน สถานศึกษา ผู้ประกอบการ ชุมชน รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่สนับสนุน และส่งเสริมภายใต้ความเชื่อว่าการรู้ ความเข้าใจเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น การพัฒนาที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพต้องเกิดจากการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีวิพากษ์ ของ Carr & Kemmis⁽⁷⁾ ด้วยการทำให้สังคมพัฒนาต่อไป ภายใต้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน จากการได้ร่วมคิด ตัดสินใจ วางแผน ลงมือปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์บนพื้นฐานของความเสมอภาค เกิดความตระหนัก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและเกิดการเรียนรู้ในศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง ตามบริบทชุมชน มีเหตุผลและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาสุขลักษณะของการประกอบกิจการผลิตปลาร้าและปลาส้มในอำเภอหนึ่งจังหวัดขอนแก่น โดยการสำรวจสุขลักษณะของสถานที่ผลิตปลาร้าและปลาส้มจำนวน 12 แห่ง ตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตอาหารขั้นต้น และการวิเคราะห์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในตัวอย่างภาชนะอุปกรณ์ มือของผู้ปฏิบัติงาน และผลิตภัณฑ์รวม

ทั้งสิ้น 108 ตัวอย่าง พบว่า สู่ลักษณะของสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มร้อยละ 83.33 ไม่ผ่านตามหลักเกณฑ์ โดยข้อบกพร่องที่พบมากที่สุดคือ หมวดสถานที่ตั้ง อาคารที่ผลิตและหมวดสู่ลักษณะผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า สถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม มีสิ่งที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขตั้งแต่ 1) สถานที่ตั้ง ลักษณะอาคาร และการสุขาภิบาล 2) ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และการป้องกันเหตุรำคาญ 3) การควบคุมกระบวนการผลิต และ 4) สุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม⁽⁸⁾ ดังนั้น ลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยมีส่วนสำคัญต่อสู่ลักษณะของการผลิตปลาร้าและปลาซึ่ม ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจสถานประกอบการผลิตปลาซึ่ม ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 180 แห่ง ผ่านมาตรฐานการผลิตที่ดี หรือ Good Manufacturing Practice (GMP) เพียง 42 แห่ง หรือร้อยละ 23.33 ซึ่งเกณฑ์ที่ไม่ผ่านส่วนใหญ่เป็นด้านสถานที่ผลิต กระบวนการผลิต และสุขอนามัยการปฏิบัติงานของผู้ผลิต ซึ่งได้สะท้อนสถานการณ์ปัญหาการผลิตปลาซึ่มที่อาจจะไม่ปลอดภัย เนื่องจากขั้นตอนกระบวนการผลิตที่ไม่ถูกสู่ลักษณะ และโอกาสที่จะมีการปนเปื้อนเชื้อโรค และพยาธิต่าง ๆ รวมถึงพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ต้นทางด้วยการดำเนินการสนับสนุนแหล่งผลิตให้ผ่านมาตรฐานและมีการผลิตที่ปลอดภัย ถูกสู่ลักษณะ จึงเป็นอีกแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อช่วยลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานในแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568 ที่ได้กำหนดบทบาทให้หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ประชาชน และเอกชน ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน

สถานที่ผลิตปลาร้าและปลาซึ่มของจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ตั้งกระจายตามบริเวณโดยรอบของเขื่อนอุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์เป็นพื้นที่ตั้งเขื่อน เป็นแหล่ง

ผลิตปลาร้าและปลาซึ่มแหล่งใหญ่ของจังหวัดขอนแก่น มีจำนวน 22 แห่ง โดยใช้ปลาจากเขื่อนอุบลรัตน์เป็นวัตถุดิบหลัก และมีการส่งผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาซึ่มออกจำหน่ายทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัด ดังนั้น การศึกษารั้จึงมุ่งหมายพัฒนาให้สถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มปลอดภัยใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเกี่ยวข้องท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่ คาดว่าจะเกิดปลาร้าและปลาซึ่มที่ไม่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสู่ผู้บริโภค ตลอดจนสามารถลดความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2568 ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการในการผลิตปลาร้าและปลาซึ่ม ในพื้นที่อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มปลอดภัยใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
- 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบให้สถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มปลอดภัยใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การดำเนินงานใช้กรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิส⁽⁷⁾ Plan, Act, Observation, Reflect โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาซึ่ม

พื้นที่ศึกษา ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มจำนวนมากที่สุด และผู้บริหาร

ท้องถิ่นยินดีเข้าร่วมโครงการ

ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย พฤษภาคม 2563 - สิงหาคม 2564

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการปลาร้าและปลาสาม 1) สสำรวจข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ และความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการด้วยแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพ แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร แบบสังเกตกระบวนการผลิตปลาร้าและปลาสาม และ 2) การเก็บตัวอย่างปลาร้าและปลาสามตรวจหาไข่พยาธิและตรวจการปนเปื้อนด้านจุลินทรีย์กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ประกอบการผลิตปลาร้าและปลาสามในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน (สถานประกอบการ 22 แห่ง)

ระยะที่ 2 การพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาสามโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ตามขั้นตอนของ Plan, Act, Observer, Reflect จำนวน 2 วงรอบ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) ประชุมคืนข้อมูลจากระยะที่ 1 ระดมสมองวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการปลาร้าและปลาสาม และกำหนดแนวทางขั้นตอนการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาสามปลอดพยาธิ กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 60 คน ได้แก่ บุคลากรจากเทศบาลเขื่อนอุบลรัตน์ องค์การบริหารส่วนตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ เกษตรอำเภออุบลรัตน์ พัฒนาชุมชนเขื่อนอุบลรัตน์ แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ และกรอบประเด็นการประชุม 2) ดำเนินการ (Act) ภาคีเกี่ยวข้องมีการแบ่งบทบาทภารกิจและดำเนินการตามที่กำหนดในแผนดำเนินการ 3) การติดตาม (Observe) ทีมผู้วิจัยติดตามการดำเนินงานตามแผนของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จัดเก็บข้อมูลด้วยแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 4) การสะท้อนผลดำเนินงาน (Reflect) พิจารณาสภาพปัญหาจาก

การดำเนินงาน จุดเด่นและจุดด้อยผ่านการจัดเวทีประชุมผู้เกี่ยวข้องจำนวน 2 ครั้ง รอบ 6 และ 9 เดือน เพื่อปรับกิจกรรมการพัฒนาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในพื้นที่

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาสาม 1) ประเมินความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้-ตับของผู้ประกอบการ และมาตรฐานสุขาภิบาลสถานประกอบการ ด้วยแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพ แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และ 2) การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาสามไปตรวจหาตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ และตรวจการปนเปื้อนด้านจุลินทรีย์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ประกอบการผลิตปลาร้าและปลาสาม จำนวน 22 คน (5 แห่ง) 3) การจัดเวทีสรุปบทเรียนการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาสามปลอดพยาธิ กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรจากเทศบาลเขื่อนอุบลรัตน์ องค์การบริหารส่วนตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ เกษตรอำเภออุบลรัตน์ พัฒนาชุมชนเขื่อนอุบลรัตน์ แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ อธิบายข้อมูลด้วยค่าร้อยละ จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. สภาพการดำเนินงานของสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาสาม

สถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาสามที่เป็นเป้าหมายศึกษา จำนวน 22 แห่ง 1) ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 1 แห่ง และเป็นสถานประกอบการประเภทครัวเรือน 21 แห่ง ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นปลาสาม (ร้อยละ 59.1) ปริมาณการผลิตประมาณ 500-2,000 กิโลกรัมต่อเดือน รับประทานปลาสามจากต่างจังหวัด ร้อยละ 72.7 การจำหน่ายส่วนใหญ่ส่งขายภายในจังหวัด ร้อยละ 59.1 การจัดการขยะ

โดยใส่ถุงขยะส่งให้เทศบาลนำไปจัดการ ร้อยละ 54.5 ส่วนการจัดการน้ำเสียที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ปล่อยลงตามธรรมชาติ ร้อยละ 81.8 สถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาล สถานที่ผลิตอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 77.3 2) ด้านสุขาภิบาลอาหาร การสุ่มตรวจผลิตภัณฑ์ปลาสำและปลาต้มจากสถานประกอบการ 10 แห่ง พบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานอาหารด้านการปนเปื้อนจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ร้อยละ 100 และปนเปื้อนตัวอ่อนพยาธิใบไม้ลำไส้ และพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 60 3) ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 ด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.4 ด้านความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5 การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.8 และด้านการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และ 4) ด้านขั้นตอนและกระบวนการผลิตปลาสำและปลาต้ม จากการสังเกตและสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ทั้งด้านสถานที่ตั้งและอาคารการผลิต การจัดการระบบน้ำทั้ง บำบัดน้ำเสีย เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ที่ใช้ผลิต พื้นผิววัสดุโต๊ะไม้เรียบ มีสนิมขึ้น ขั้นตอนการผลิตเสี่ยงต่อการปนเปื้อนจุลินทรีย์ สิ่งแปลกปลอมอื่นๆ ขั้นตอนการหมักปลา ส่วนมากใช้เวลาสั้นเพียง 1-2 วันก็นำไปจำหน่าย

2. การพัฒนารูปแบบให้สถานประกอบการผลิตปลาสำและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ตำบลต้นแบบ

เครือข่ายพื้นที่ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาจากข้อมูลในระยะที่ 1 และข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเวทีคืบข้อมูลสภาพการดำเนินการสถานประกอบการผลิตปลาสำและปลาต้ม ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ มีข้อสรุปประเด็นปัญหาที่ควรมีการแก้ไข 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผลิตภัณฑ์ปลาสำและปลาต้มไม่ปลอดพยาธิใบไม้ตับ 2) สถานประกอบการปลาสำและปลาต้มไม่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาล สถานที่ผลิตอาหาร เนื่องจากยังมีข้อจำกัดทั้งด้านทุน ทรัพยากร องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานอาหารปลอดภัย หลักสุขาภิบาลอาหาร เป็นต้น 3) ผู้ประกอบการปลาสำและปลาต้มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่ถูกต้อง และ 4) หน่วยงานท้องถิ่นยังไม่มีส่วนร่วมในการกำกับมาตรฐานสถานประกอบการรวมถึงการส่งเสริมด้านทุน ทรัพยากรการผลิต และความรู้ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ประกอบการเพื่อให้สถานประกอบการ และกระบวนการผลิตปลาสำและปลาต้มได้มาตรฐานสุขาภิบาลและอาหารปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน คือ “ผลิตภัณฑ์ปลาสำ ปลาต้มสะอาด ปลอดภัย ปลอดเชื้อโรค อร่อย และได้มาตรฐาน” และร่วมกันดำเนินการพัฒนารูปแบบให้สถานประกอบการผลิตปลาสำและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ดังสรุปการดำเนินงาน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพปัญหา กิจกรรมแก้ไขปัญหา การติดตาม และการสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบให้กับสถานประกอบการ
การผลิตปลาร้าและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ

ปัญหา (Problem)	กิจกรรมแก้ไข (Plan - Act)	การติดตาม (Observe)	การสะท้อนผลและปรับกิจกรรม (Reflect & Re-Plan & Act)
1. ผลិតภัณฑ์ปลาร้า- ปลาต้ม ไม่ปลอดพยาธิ ใบไม้ตับ	1. ผู้ประกอบการดำเนินการกรรวิธีกรร หมักปลาร้าให้นานอย่างน้อย 2 เดือน ขึ้นไป และผลิตภัณฑ์ปลาต้มต้องผ่าน การหมักปลาต้มต่อเนื่องกัน 4 วันต่อ มาให้ผ่านกรรวิธีแช่แข็งที่อุณหภูมิ ต่ำกว่า -20 องศาเซลเซียส (Deep freeze) ติดต่อกันนาน 3 วันก่อน จึงนำออกจำหน่ายให้ลูกค้าโดยให้มี ป้ายระบุวันที่ชัดเจน	1. ทีมวิจัยและเครือข่ายในพื้นที่ (สสอ./รพ./รพ.สต./ท้องถิ่น) ลงพื้นที่เยี่ยมสถานประกอบการ 2 ครั้ง คือ 6 เดือน และ 9 เดือน เพื่อตรวจสอบการดำเนินการ ตามแนวทางผลิตภัณฑ์ ปลอดพยาธิ	ในระยะเริ่มการดำเนินงาน ผู้ประกอบการมีข้อจำกัดด้าน การปฏิบัติให้ปลาร้าและปลาต้ม ผ่านการหมักตามระยะเวลา และ อุปกรณ์แช่แข็งไม่เพียงพอ และ เก็บผลิตภัณฑ์นานต้องส่งตลาด ให้ทันตามการสั่งซื้อ
	2. พัฒนาชุมชนอำเภอสนับสนุน ประกอบการติดป้ายคำแนะนำให้ปรุง สุกก่อนรับประทาน หรือกรรวิธีที่ ทำให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ กับผู้บริโภค 3. สาธารณสุขสุ่มตรวจการปนเปื้อน ตัวอ่อนระยะติดตอของพยาธิใบไม้ตับ จากผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาต้ม	2. ทีมวิจัยสุ่มเก็บผลิตภัณฑ์ ปลาร้าและปลาต้ม ตรวจหาพยาธิ และเชื้อจุลินทรีย์	การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ อาหารปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค - การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ อาหารปลอดภัยให้ผู้ประกอบการ ด้วยสื่อแผ่นพับ และ อสม.
2. สถานประกอบการ ผลิตปลาร้าและปลาต้ม ไม่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดี ในการผลิตอาหาร ตาม หลักสุขาภิบาลสถานที่ ผลิตอาหาร	ผลผลิตที่คาดหวัง 1. ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาต้มปลอด พยาธิตัวอ่อนระยะติดตอ 2. ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาต้มมีป้าย คำแนะนำให้ปรุงสุกก่อนรับประทาน หรือกรรวิธีที่ทำให้ปลอดภัยจากโรค พยาธิใบไม้ตับ	- ทีมวิจัยร่วมกับเครือข่ายทอ ถิ่นติดตามเยี่ยมเสริมพลังการ ปรับปรุงมาตรฐานสถานประกอบการ การ รอบ 3 และ 9 เดือน	- ผลิตภัณฑ์ปลาต้ม ให้ติดฉลาก ข้อความ “ปรุงสุกก่อนรับ ประทานทุกครั้ง” หรือ “นำ ปลาต้มไปแช่แข็งที่อุณหภูมิต่ำ กว่า -20 องศาเซลเซียสติดต่อกัน นาน 3 วัน ก่อนรับประทาน ทุกครั้ง” ประเด็นดำเนินงานให้สถาน ประกอบการปรับปรุง - ตรวจแนะนำผู้ประกอบการด้าน ที่ยังไม่เป็นมาตรฐาน เช่น การจัด ระบบน้ำทิ้ง บำบัดน้ำเสีย เครื่อง มือเครื่องใช้ อุปกรณ์ที่ใช้ผลิต พ้น ผิววัสดุโต๊ะไม่มีสนิม การควบคุม ขั้นตอนการผลิตลดความเสี่ยงต่อ การปนเปื้อนจุลทรีย์ สิ่งแปลก ปลอมอื่นๆ สุขอนามัยผู้ปฏิบัติงาน เช่น การใช้ถุงมือ การใช้ผ้ากันเปื้อน
	1. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ การผลิตอาหาร ตามหลักสุขาภิบาล 6 ด้าน ของกรมอนามัย ให้กับผู้บริหาร ของท้องถิ่น ผู้ประกอบการผลิตปลาร้า ปลาต้ม ผู้นำชุมชน และแกนนำ อสม. 2. ท้องถิ่นยกย่องเทศบัญญัติ/ข้อ บัญญัติโดยผู้บริหาร เพื่อควบคุม กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประเภทการผลิต สะสม หรือแบ่ง บรรจุ อาหารหมักดองจากสัตว์ ได้แก่		

ตารางที่ 1 สภาพปัญหา กิจกรรมแก้ไขปัญหา การติดตาม และการสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบให้กับสถานประกอบการ
การผลิตปลาร้าและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ (ต่อ)

ปัญหา (Problem)	กิจกรรมแก้ไข (Plan - Act)	การติดตาม (Observe)	การสะท้อนผลและปรับกิจกรรม (Reflect & Re-Plan & Act)
	ปลาร้า ปลาต้ม ปลาจ่อม หรือผลิตภัณฑ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน โดยการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ 3. ท้องถิ่นรับรองและประกาศบังคับใช้เทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ ผลผลิตที่คาดหวัง - สถานประกอบการ 22 แห่ง มีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี และพอใช้ขึ้นไปเพิ่มขึ้น - ผลิตภัณฑ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์		หมวกคลุมศีรษะ โดยปรับใช้วิธีการให้สอดคล้องกับบริบท - รพ. จัดบริการเฉพาะให้ผู้ประกอบการได้รับการตรวจสุขภาพ ที่ รพ.ชุมชนโดยช่องทางด่วน - พัฒนาสถานประกอบการต้นแบบให้เป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน - ท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ และเทศบัญญัติ เพื่อให้สถานประกอบการดำเนินการ เรื่อง การควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทการผลิต สะสม หรือแบ่งบรรจุอาหาร หมักดองจากสัตว์ พ.ศ. 2563
3. ผู้ประกอบการผลิตปลาร้า ปลาต้มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปานกลาง	1. อบรมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา 1 วัน 2. จัดแสดงสาธิต (Demonstrate) วงจรการแพร่เชื้อ การติดต่อสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ วงจรพยาธิในหอย วงจรในปลา การติดต่อสู่คน ระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อาการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงการแพร่โรค การป้องกัน ควบคุมโรค กลุ่มเป้าหมาย ผู้ประกอบการ อสม. แกนนำชุมชน ผลผลิตที่คาดหวัง - ผู้ปฏิบัติงานสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาต้ม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ในระดับดีตระหนักต่อปัญหาและร่วมมือดำเนินการ	ทีมวิจัยและภาคีสาธารณสุขพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังกับผู้ประกอบการสถานประกอบการ 1 ครั้ง หลังการอบรม	เสริมสร้างความรอบรู้หลังการอบรมฯ การสร้างผู้ประกอบการต้นแบบให้เป็นแบบอย่างที่ดี และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

3. ผลของการพัฒนารูปแบบให้สถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ

3.1) ผลการสุ่มตรวจตัวอย่างปลาร้าและปลาต้มจากการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับและพยาธิอื่น ๆ และการปนเปื้อนด้านจุลินทรีย์

ผลการตรวจผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาต้ม จากสถานประกอบการ 10 แห่ง จำนวน 10 ตัวอย่าง (ปลาส้ม 8 ตัวอย่าง และปลาร้า 2 ตัวอย่าง) ไม่พบตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ พบตัวอ่อนพยาธิใบไม้ลำไส้ จำนวน 6 ตัวอย่างหรือร้อยละ 60 ส่วนการปนเปื้อนจุลินชีพพบการปนเปื้อนเชื้อโรคในผลิตภัณฑ์ลดลง แต่ยังพบการปนเปื้อนเชื้อ *Salmonella* spp. จำนวน 5 ตัวอย่างหรือร้อยละ 50

3.2) การผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาลด้านสถานที่ผลิตอาหารของ

สถานประกอบการ ส่งผลให้อาหารปลอดภัย โดยเฉพาะไม่พบการปนเปื้อนตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ

สถานประกอบการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารเพิ่มขึ้นจาก 5 แห่ง (ร้อยละ 22.7) เป็น 14 แห่ง (ร้อยละ 63.6) โดยผ่านเกณฑ์ในระดับพอใช้จาก 4 แห่ง (ร้อยละ 18.2) เป็น 11 แห่ง (ร้อยละ 50) และผ่านเกณฑ์ระดับดีจาก 1 แห่ง (ร้อยละ 4.5) เป็น 3 แห่ง (ร้อยละ 13.6)

3.3) ความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการ

เปรียบเทียบความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการ 22 คน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (ค่า $P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ประกอบการ ช่วงก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบสถานประกอบการ

ด้านความรอบรู้สุขภาพ	ก่อน		หลัง		Mean difference	95% CI	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.18	3.11	21.00	1.27	4.82	3.68-5.96	< 0.001
2. ความรู้ความเข้าใจ	13.55	1.63	15.32	1.39	1.77	1.19-2.35	< 0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	26.09	2.96	27.36	2.90	1.27	0.72-1.82	< 0.001
4. ทักษะการตัดสินใจ	14.27	2.73	15.27	2.12	1.00	0.34-1.66	0.02
5. ความรู้เท่าทันสื่อ	17.95	2.42	10.18	2.17	1.23	0.74-1.72	< 0.001
6. การจัดการตนเอง	26.18	3.25	27.82	2.95	1.64	0.66-2.61	< 0.001
7. การปฏิบัติตนเอง	50.59	6.68	56.41	2.84	5.82	3.89-7.75	< 0.001

3.4) องค์ความรู้จากการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาหมักปลอดพยาธิ

การพัฒนาให้สถานประกอบการปลาร้าและปลาหมักในพื้นที่ที่มีกลุ่มผู้ประกอบการผลิตปลาร้าและปลาหมักเป็นจุดศูนย์กลางดำเนินงานพัฒนาระดับให้ผ่านเกณฑ์กำหนด และสร้างความปลอดภัยให้กับผลิตภัณฑ์โดยการร่วมหนุนเสริมของภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล (ทต.) ซึ่งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบพื้นที่โดยตรงจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ โดยเปรียบเสมือนหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ให้เป็นฐานดำเนินการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทำให้เกิดข้อสรุปองค์ความรู้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

(1) ต้นแบบนวัตกรรม แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่มาจากการสืบค้นฐานคิดของชุมชน ผู้บริหารของท้องถิ่น ตัวแทนผู้ประกอบการ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผ่านการเสวนาทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยให้ผู้ประกอบการเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญ ร่วมมือกับการพัฒนาสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาหมักให้ปลอดพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดกิจกรรมต้นแบบในการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาหมักปลอดพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมบริบทพื้นที่คือ

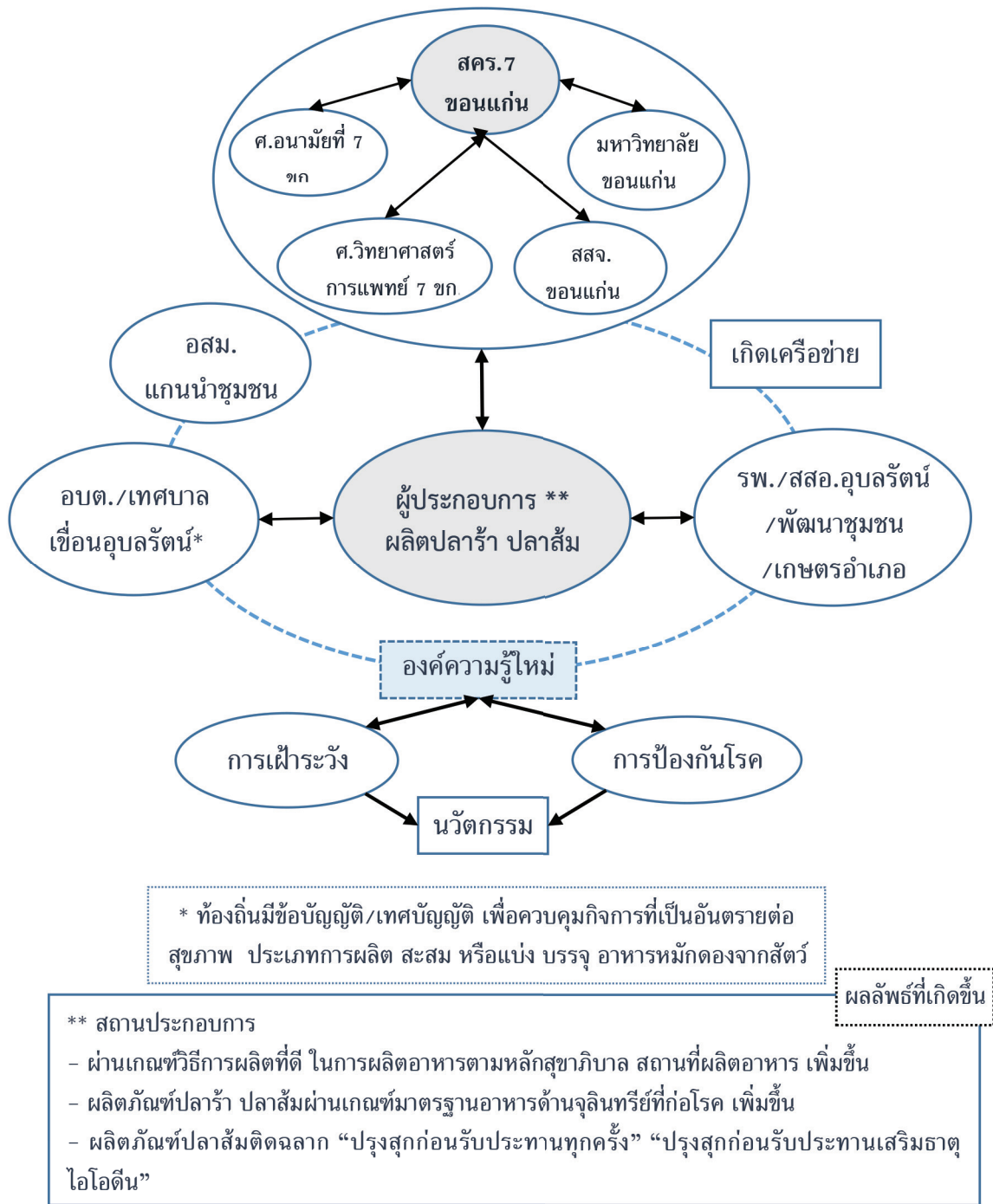
(1.1) การเฝ้าระวังโรคโดยการสุ่มเก็บผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาหมักส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ และคุณภาพทางจุลชีววิทยาของอาหาร หลังจากผ่านการหมักและแช่แข็งตามขั้นตอนกรรมวิธีที่กำหนดไว้

(1.2) การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค โดยให้ผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาหมักของผู้ประกอบการทุกแห่งต้องติดฉลาก “ปรุงสุกก่อนรับประทานทุกครั้ง” หรือ “นำปลาหมักไปแช่แข็งในอุณหภูมิต่ำกว่าลบ 20 องศาเซลเซียสติดต่อกันนาน 3 วัน ก่อนรับประทานทุกครั้ง”

(2) ต้นแบบหน่วยงานท้องถิ่นที่มีข้อบัญญัติเพื่อควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทการผลิต สะสม หรือแบ่งบรรจุอาหารหมักดองจากสัตว์ คือ อบต.เขื่อนอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์

3.3 สถานประกอบการปลาร้าและปลาหมักต้นแบบผ่านเกณฑ์ในการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาล สถานที่ผลิต (GMP) เป็นต้นแบบให้ผู้ประกอบการอื่นในพื้นที่ได้เรียนรู้

การพัฒนาสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาหมักปลอดพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นได้ทำให้เกิดองค์ความรู้และผลลัพธ์การดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสามารถสรุปความเชื่อมโยงดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงการพัฒนาสถานประกอบการปลอดภัยไปไม่ดับ องค์ความรู้และผลลัพธ์การดำเนินงาน

อภิปรายผล

1. สภาพสถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาซ้มส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมประเภทการผลิตในครัวเรือน ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงให้มีการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารที่ดี ทั้งนี้การจัดการสถานที่ผลิตไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ปัจจัยสาเหตุอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ประกอบการมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ข้อจำกัดด้านทุนและทรัพยากรของผู้ประกอบการ และยิ่งส่งผลต่อการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์ในระดับที่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบพื้นที่โดยตรง มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ⁽⁹⁾ ทั้งการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการป้องกันโรค และระงับโรคติดต่อตามมาตรา 67 (3) การดูแลกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลน้ำเสีย ตามมาตรา 67 (2) รวมถึงการส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัวและบำรุงส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร ตามมาตรา 68 (6)(7) จึงมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐสร้างโอกาสพัฒนาการรับรองผลิตภัณฑ์ของชุมชนให้เกิดรายได้หมุนเวียนในพื้นที่

2. การพัฒนาสถานประกอบการให้ผลิตปลาร้าและปลาซ้มปลอดพยาธิใบไม้ตับ ต้องใช้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตให้ได้ผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค ตามบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วน ส่วนสาธารณสุขมีบทบาทในการสนับสนุนด้านการสร้างความรอบรู้ การกำกับให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร พัฒนาชุมชนและเกษตรอำเภอสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนสร้างเศรษฐกิจรายได้ในพื้นที่ ท้องถิ่นจัดให้มีข้อบัญญัติเพื่อการกำกับและสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามกฎหมายเกี่ยวข้องว่าด้วยการควบคุมโรค และกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน โดยให้ผู้ประกอบการปลาร้าและปลาซ้มเป็นจุดหลักในฐานะผู้ผลิตต้นน้ำที่จะส่งผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยปลอดพยาธิใบไม้ตับส่งต่อสู่ผู้บริโภค ทั้งการศึกษานี้ได้สรุป “รูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าและปลาซ้มปลอดพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น” ประกอบด้วย

2.1 การเฝ้าระวังการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับในผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาซ้ม ด้วยกิจกรรม 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจกระบวนการผลิตอาหารที่ปลอดภัย วิธีการกำจัดหรือลดการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับในปลาร้าและปลาซ้มแก่ผู้ประกอบการด้วยการสื่อสารหลายวิธี เช่น อบรม สื่อต้นแบบ สื่อบุคคล เป็นต้น 2) การสุ่มตรวจหาการปนเปื้อนตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับในผลิตภัณฑ์ 3) การทำให้ผลิตภัณฑ์ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับสำหรับผู้บริโภค ด้วยการนำผลิตภัณฑ์ปลาซ้มไปแช่แข็งในอุณหภูมิต่ำกว่าลบ 20 องศาเซลเซียสติดต่อกันนาน 3 วัน ก่อนส่งออกจำหน่าย หรือก่อนรับประทานทุกครั้ง เพื่อให้ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับหมดสภาพไป เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่จะรับประทานปลา ควรทำให้ปลอดพยาธิโดยการต้มในน้ำเดือด 10 นาที หรือเวฟในไมโครเวฟ 800 วัตต์ 10 นาที หรือแช่แข็งในอุณหภูมิลบ 20 องศาเซลเซียส 3 วัน สำหรับการทำให้ปลาร้าให้ปลอดพยาธินั้นต้องหมักปลานาน 1 เดือนขึ้นไป ส่วนผลิตภัณฑ์ปลาซ้มต้องหมักนาน 3 วัน และนำไปแช่แข็งในตู้เย็น 7 วัน หรือตู้แช่แข็ง -20 องศาเซลเซียสนาน 3 วัน⁽¹⁰⁾ ก่อนนำผลิตภัณฑ์ออกจำหน่ายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilawan Pumidonming และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าปลาหมักเกลือสีขาวที่นำมาผลิตปลาซ้ม หากนำไปแช่แข็งที่อุณหภูมิต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียสในช่องแช่แข็งของตู้เย็นทั่วไปหรือแช่แข็งในตู้แช่แข็งพิเศษนาน 24 ชั่วโมง จะทำให้ระยะติดตัวของพยาธิใบไม้ตับที่ปนเปื้อนอยู่ในปลาตาย เพราะความเย็นดังกล่าวจะทำให้เกิดโมเลกุลของน้ำที่อยู่ในตัวและซีสต์ของพยาธิเปลี่ยนสถานะเป็นน้ำแข็ง ทำให้เซลล์ระยะตัวอ่อนพยาธิหมดสภาพตายได้ และการศึกษาของสรุณา แก้วพิบูลย์ และณัฐรุณ แก้วพิบูลย์⁽¹²⁾ การแช่แข็งปลาในที่อุณหภูมิต่ำโดยใช้เวลานานและหมักปลาร้าไม่น้อยกว่า 3 เดือนจะทำให้ระยะติดตัวของพยาธิใบไม้ตับฝ่อตาย ขณะที่การหมักปลาซ้มที่ใช้เวลาน้อยกว่าปลอดจากพยาธิเช่นกัน แต่ก็พบการปนเปื้อนจุลินทรีย์บางชนิด จึงควรพัฒนากระบวนการเตรียมอย่างระมัดระวัง การสุ่มตรวจปลาเพื่อดูการปนเปื้อนพยาธิจุลินทรีย์และสารโลหะหนักควรทำเป็นอย่างยิ่งก่อนนำไปทำปลาร้าและปลาซ้ม

เพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของผู้บริโภคอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sudarat Onsurathum และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การหมักปลาสำมนานกว่า 4 วัน และ แช่เย็นปลา 2-4 องศาเซลเซียส นาน 3 วัน ก่อนแปรรูป ปลาสำนทำให้ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับตายและหมดสภาพไป จึงสามารถป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*O. viverrini*) ได้ และวิจิตมา วงศาโรจน์⁽¹⁴⁾ ได้เสนอการ กินปลาอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการทำลายตัวอ่อนพยาธิใบไม้ทุกชนิด โดยนำปลาที่จะทำปลาร้าและ/หรือปลาสำนแช่แข็งที่อุณหภูมิตู้เย็นบ้าน ถึงอุณหภูมิ -10 องศาเซลเซียส นาน 124 ชั่วโมง หรือ ปลาที่แช่แข็งในอุณหภูมิ -18 องศาเซลเซียส นาน 96 ชั่วโมง หรือปลาที่แช่แข็งอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส นาน 72-96 ชั่วโมง หรือปลาที่แช่แข็งอุณหภูมิ -35 องศาเซลเซียส นาน 8 ชั่วโมง หรือปลาที่แช่แข็งอุณหภูมิ -40 องศาเซลเซียส นาน 2 ชั่วโมง นอกจากนั้นผลิตภัณฑ์ ต้องมีการติดฉลากแนะนำวิธีการทำให้ผลิตภัณฑ์ปลอดภัย และ 4) การสุ่มตรวจปลาร้าและปลาสำนหาพยาธิใบไม้ตับ

2.2 ส่งเสริมการพัฒนาสถานประกอบการผลิต ปลาร้าและปลาสำนผ่านการประเมินมาตรฐานวิธีการผลิต อาหารที่ดีด้วยกิจกรรม 1) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับการพัฒนา และตรวจประเมิน แนะนำรายสถานประกอบการ 2) การพัฒนาสถานประกอบการต้นแบบตามมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์วิธีการผลิตอาหารที่ดีให้เป็นแบบอย่างของสถานประกอบการ ในชุมชน และ 3) ท้องถิ่นพื้นที่มีและใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่น เป็นเครื่องมือให้มีการดำเนินการในการควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่ครอบคลุมกิจการผลิตปลาร้า และปลาสำน

2.3 การสร้างเครือข่ายผู้ประกอบการผลิต ปลาร้าและปลาสำนที่มีองค์ประกอบมาจากภาคีที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น ตัวแทนผู้ประกอบการ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง และมีช่องทาง หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อค้นหานวัตกรรม แนวทางปฏิบัติ ทรัพยากรสนับสนุน ให้สถานประกอบการผลิตปลาร้าและปลาสำนที่ปลอดภัย

สำหรับบริโภคด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน พื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 หน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงบูรณาการ ให้มีการผลิต ปลาร้าและปลาสำนให้เป็นผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มีมาตรฐาน ปลอดภัยสำหรับการบริโภค ทั้งเป็นสินค้าของฝากชุมชน สร้างรายได้ให้กับประชาชนในพื้นที่ และได้มีการออก ข้อบัญญัติท้องถิ่นเกี่ยวกับการควบคุมกิจการที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพไว้ เป็นการรับรองผลิตภัณฑ์และ สร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค จึงควรมีการดำเนินการ สร้างความเข้าใจในแนวปฏิบัติ และสนับสนุนให้ ผู้ประกอบการดำเนินการตามข้อกำหนด โดยผ่านกลไก เวทีเครือข่ายปลาร้าและปลาสำนของพื้นที่ที่มี

1.2 ผู้ประกอบการที่เป็นผู้ผลิตระดับครัวเรือน ควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถปรับปรุงกระบวนการ ผลิตรายย่อย ให้ผ่านหรือคงมาตรฐานด้านสุขาภิบาล อาหารจากภาคีเกี่ยวข้อง โดยมีท้องถิ่นเป็นผู้ประสานหลัก

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 การบูรณาการความร่วมมือระหว่างท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานพัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ และภาค สาธารณสุขควรพัฒนายกระดับผลิตภัณฑ์ปลาร้าและ ปลาสำนของชุมชน การออกแบบหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ส่ง เสริมการขายทาง online หรือของฝากในพื้นที่ท่องเที่ยว เพื่อเพิ่มโอกาสด้านตลาด เพื่อสร้างรายได้ให้ชุมชน ระบบเศรษฐกิจในพื้นที่ ภายใต้มาตรฐานอาหารปลอดภัย ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

2.2 ผลจากการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการ สร้างผลิตภัณฑ์ปลาร้าและปลาสำนปลอดภัย ชี้ให้เห็นว่าสามารถลดการปนเปื้อนพยาธิในอาหารสร้างความ ปลอดภัยให้ผู้บริโภคได้ ดังนั้น จึงควรมีการขับเคลื่อน แนวทางปลาร้าและปลาสำนปลอดภัยเป็นนโยบาย ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพ โดยใช้กลไกภายใต้แผน ยุทธศาสตร์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ.2559-2568

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะงานวิจัย ขอขอบคุณทีมผู้บริหารของท้องถิ่น ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ปลาร้าและ ปลาซึ่ม และทีมงานทุกท่านที่สนับสนุนความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2558-2568. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การพิทักษ์อนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. Shin HR, Oh JK, Masuyer E, Curado MP, Bouvard V, Fang Y, et al. Comparison of incidence of intrahepatic and extra hepatic cholangiocarcinoma-focus on East and South-Eastern Asia. Asian Pac J Cancer Prev 2010; 11(5): 1159-66.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. กรุงเทพฯ: พุมทอง; 2561.
4. Sadun EH. Studies on *Opisthorchis viverrini* in Thailand. Am J Hyg 1955; 62(2): 81-115.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศล). ใน: ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายใต้อาณัติแผนพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561. หน้า 51-76.
6. ญัตติปริวรรต ปักแก้ว. ปกิณกะ ปลาร้า:ความเป็นมาและวัฒนธรรมการกิน “ปลาร้า” ผลิตภัณฑ์พื้นบ้านไทย ยอดนิยม. วารสารวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร (Food journal) 2562; 49(2): 37 - 41.
7. Carr W, Kemmis S. Becoming Critical: Education, knowledge and action research. Lewes, Sussex: Falmer; 1986.
8. ทิพย์กมล ภูมิพันธ์, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. สุขลักษณะของการประกอบกิจการผลิตปลาร้าและปลาซึ่มในอำเภอหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 16(2): 75 - 85.
9. สมคิด เลิศไพฑูรย์. หน้าที่และอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระบบกฎหมายไทย. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2565.
10. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ปรับการกินป้องกันพยาธิใบไม้ตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=257955>.
11. วิลาวัณย์ ภูมิดอนมิ่ง, ดุลยพรรณ กรฑ์แสง, คำพล แสงแก้ว, นันทพร ธรรมะตระกูล, ภาณุมาศ โคตะนันท. การส่งเสริมการบริโภคอาหารพื้นบ้านปลอดพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ตำบลโคกปรัง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2563; 12(1): 22 - 40.

12. สรญา แก้วพิบูลย์, ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. รายงานการวิจัยเพื่อพัฒนาปลาร้า-ปลาต้มปลอดพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี. (รายงานการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2559.
13. Onsurathum S, Pinlaor P, Haonon O, Chaidee A, Charoensuk L, Intuyod K, et al. Effects of fermentation time and low temperature during the production process of Thai pickled fish (*pla-som*) on the viability and infectivity of *Opisthorchis viverrini* metacercariae. Int J Food Microbiol 2016; 218: 1-5.
14. จิตติมา วงศาโรจน์. กินปลาอย่างไร ไม่ให้ติดพยาธิใบไม้ตับ. จุลสารศูนย์ประสานงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2560; 2(7): 4 - 6.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Factors Associated with Preventive Behaviors of Diabetic Foot Ulcers Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Mueang District, Udon Thani Province

บุญธง พิมพ์โคตร ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

ธีรศักดิ์ พาจันทร ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Boonthong Phimchot M.P.H. (Public Health)

Teerasak Phajan Dr.P.H. (Public Health)

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

Received: July 24, 2023

Revised: November 22, 2023

Accepted: January 15, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 327 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistic regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{Adj}) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (95%CI) และ p-value กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.75 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง ($OR_{Adj} = 1.87$, 95%CI = 1.05 ถึง 3.29, p-value = 0.031) ไม่มีโรคไตร่วม ($OR_{Adj} = 5.29$, 95%CI = 1.39 ถึง 19.47, p-value = 0.014) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าระดับสูง ($OR_{Adj} = 2.64$, 95%CI = 1.24 ถึง 5.63, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าระดับสูง ($OR_{Adj} = 4.86$, 95%CI = 2.70 ถึง 8.73, p-value = 0.001) สรุป เพศ ภาวะโรคไตร่วม แรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ดังนั้น ควรเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล และป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตร่วมด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to preventive behaviors of diabetic foot ulcer and factors associated with preventive behaviors of diabetic foot ulcer among uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Mueang District, Udon Thani. The total of 327 samples were selected by stratified random sampling method. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multiple logistics regression, the adjusted odds ratio presented (OR_{Adj}), 95% confidence interval (95%CI) and p-value at 0.05 level of significance.

The results of the research revealed that the samples had diabetic foot ulcer preventive behaviors at good level, 65.75%. The factors significantly associated with good preventive behaviors of diabetic foot ulcer (p -value < 0.05) were female ($OR_{Adj} = 1.87$, 95%CI = 1.05–3.29, p -value = 0.031), non-kidney comorbid ($OR_{Adj} = 5.29$, 95%CI = 1.39–19.47, p -value = 0.014), high level of motivation for preventing diabetic foot ulcers ($OR_{Adj} = 2.64$, 95%CI = 1.24–5.63, p -value = 0.011) and high level of social support for preventing diabetic foot ulcers ($OR_{Adj} = 4.86$, 95%CI = 2.70–8.73, p -value = 0.001). In summary, the correlation among gender, motivation, social support, and preventive behaviors for diabetic foot ulcers suggests that people with diabetes, especially those who also have comorbid kidney disease, need to be more motivated and encouraged to get involved in the community in order to prevent and care for foot ulcers.

Keywords: Behavior Prevention of Diabetic Foot Ulcers, Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข 3.2 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียว ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โดยโรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลัก ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจ ฯลฯ⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนตามระบบและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของ

โรคเบาหวานที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกคนคือแผลที่เท้า โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำว่าเท้าเบาหวาน หมายถึงกลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม นำไปสู่การสูญเสียหน้าที่การทำงานของเท้า⁽²⁾ จากข้อมูลพบผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 20 ที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจากมีแผลที่เท้า และในทุกๆ 30 วินาที มีผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียเท้าจากการถูกตัดเท้า ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า ร้อยละ 85 เริ่มจากการมีแผลที่เท้ามาก่อน⁽³⁾ สำหรับปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และการถูกตัดเท้าหรือขาในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศชาย ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่เคยมีแผลที่เท้า หรือถูกตัดเท้าหรือขามาก่อน ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน หรือมีการตีบของหลอดเลือดส่วนปลายที่ขา ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดขนาดเล็กจากเบาหวาน เช่น จอประสาทตาเสื่อม หรือไตเสื่อม ผู้ที่เป็นเบาหวาน

มานานมากกว่า 10 ปี หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และผู้ที่สวมรองเท้าไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น⁽⁴⁾

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำนวน 9,170 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.05 และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้าเท้า หรือขา ทั้งหมด 264 ราย เมื่อจำแนกตามรายอำเภอพบว่า อำเภอเมืองมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้าเท้า หรือขา มากที่สุดจำนวน 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.26⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาในประเด็นพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เช่น การดูแลและทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบริเวณเท้า โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป สำหรับการศึกษาในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ยังมีความค่อนข้างจำกัด ซึ่งส่วนใหญ่แผลเบาหวานที่เท้ามักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อีกทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีหลายตัวแปร โดยนอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังพบว่าแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และพฤติกรรมดูแลเท้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ⁽⁶⁾ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเอง สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 60.8 โดยมีความสำคัญ

ตามลำดับ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้ามีพฤติกรรมดูแลเท้าดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽⁸⁾ แต่อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน⁽⁹⁾ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹⁰⁾ จึงเป็นช่องว่างของความรู้ (Gap of knowledge) ที่สำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทั้งตัวแปรแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้

จากความสำคัญที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โดยได้นำพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของต้นและโรเจอร์⁽¹¹⁾ และแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁽¹²⁾ มาประยุกต์ใช้กับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาในด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าที่เหมาะสม เช่น การดูแลและทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบริเวณเท้า การเสริมแรงผลักดันให้เกิดความพยายามในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ได้แก่ 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

2) การประเมินการทนรับสถานการณ์ ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผลด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ผลการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์และสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ประชากร ตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครอุดรธานี จำนวน 5,059 คน⁽⁵⁾ มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ ≥ 20 ปี 2) มีค่า HbA1c ≥ 7 mg% จากการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี 2565

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครอุดรธานี และ 3) สมครใจยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เคยถูกตัดขา เท้า หรือนิ้วเท้า

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางและใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽¹³⁾ แทนค่า $P_0=0.55$, $P_1=0.74$, $P=0.66$ และ $B=0.60$ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁴⁾ และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 อำนาจในการทดสอบ (β)=0.1 มีค่าเท่ากับ 1.28 ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น (n-Univariable)=160 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์แบบ Multivariable analysis ผู้วิจัยปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) และเลือกค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรที่สนใจคือแรงสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรอื่น ($P^2=0.3$) ได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 327 คน และสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การใช้อารมณ์เบาหวาน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และ 2) การประเมินการทนรับสถานการณ์ ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกัน

การเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โดยมีลักษณะคำถามแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หากข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการ Recode ก่อนวิเคราะห์ สำหรับการแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และ ระดับต่ำ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁵⁾ ดังนี้

58.67 – 80.00 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันฯ อยู่ในระดับสูง

37.34 – 58.66 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันฯ อยู่ในระดับปานกลาง

16.00 – 37.33 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันฯ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โดยมีลักษณะคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) หากข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการ Recode ก่อนวิเคราะห์ สำหรับการแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁵⁾ ดังนี้

58.67 – 80.00 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมฯ อยู่ในระดับสูง

37.34 – 58.66 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมฯ อยู่ในระดับปานกลาง

16.00 – 37.33 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมฯ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การดูแลและทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบริเวณเท้า โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 4

คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน หากข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการ Recode ก่อนวิเคราะห์ สำหรับการแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁵⁾ ดังนี้

58.67 – 80.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันฯ อยู่ในระดับดี

37.34 – 58.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันฯ อยู่ในระดับพอใช้

16.00 – 37.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันฯ อยู่ในระดับควรปรับปรุง

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการแปลผล และการนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหากรณีหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เป็น 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ไม่ดี ได้คะแนน 16.00-58.66 คะแนน

พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ดี ได้คะแนน 58.67-80.00 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมีค่า IOC ≥ 0.5 เป็นค่าที่ยอมรับได้ว่ามีความตรงตามเนื้อหา^(16,17) และทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) จากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีลักษณะของพื้นที่และลักษณะประชากร

ใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha พบว่า แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86, 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) คือ 0.7-0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้^(16,17)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลที่เกิดขึ้น ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวาน ที่เท้า ได้แก่ Multiple logistic regression นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (OR_{Adj}) ช่วงเชื่อมั่นที่ 95% และ p-value

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE652078 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน SIDCER

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 327 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.92 มีอายุเฉลี่ย 62.09 ปี (S.D.= 9.3) สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 59.02 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.43 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (BMI ≥ 25.00 กก./ตรม.) ร้อยละ 48.93 โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.65 กก./ตรม. (SD=4.98) และมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.55 มัธยฐานระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 9 ปี (ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 31 ปี) และกลุ่มตัวอย่างรักษาเบาหวานโดยการใช้อาหารรับประทานมากที่สุดร้อยละ 90.52

2. แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

2.1 แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.93 โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เท่ากับ 67.82 คะแนน (S.D.=8.43) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม (n=327)

แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	3	0.92
ปานกลาง	43	13.15
สูง	281	85.93
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	67.82 (8.43)	
มัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	66 (36-80)	

2.2 แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก คือ ถ้าเดินด้วยเท้าเปล่าอาจทำให้เดินสะดุด เตะ หรือเหยียบสิ่งแปลกปลอมจนเกิดแผลที่เท้าได้ รองลงมา คือ สามารถล้างทำความสะอาดเท้าและเช็ดเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะบริเวณนิ้วเท้าด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรคและการอักเสบที่เท้า และสามารถตัดเล็บเท้าด้วยตนเองอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการเกิดแผลระหว่างการตัดเล็บ ร้อยละ 94.80, 93.27 และ 93.27 ตามลำดับ และตอบไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก คือ การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเรื้อรังนั้นจะทำให้กล้ามเนื้อเล็กๆ ในเท้าทำงานไม่สัมพันธ์กันส่งผล

ให้เกิดเท้าผิดรูปได้ รองลงมา คือ การทาโลชั่นที่เท้าเพื่อให้ผิวหนังนุ่ม จะสามารถป้องกันอาการคันและการเกาจนเกิดแผลที่เท้าได้ และถ้าผิวหนังบริเวณเท้าขาดความชุ่มชื้น อาจทำให้ผิวหนังแห้งแตกและเกิดแผลที่เท้าได้ ร้อยละ 24.77, 20.49 และ 18.96 ตามลำดับ

3. แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเท่ากับ 64.23 คะแนน (S.D.=11.05) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม (n=327)

แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	2	0.61
ปานกลาง	83	25.38
สูง	242	74.01
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	64.23 (11.05)	
มัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	66 (32-80)	

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ

เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยมากและมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมา คือ เข้ารับการตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์ และได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิดในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

ร้อยละ 83.18, 82.88 และ 82.57 ตามลำดับ และตอบเห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการดูแลและทำความสะอาดเท้า เช่น ช่วยตัดเล็บ ล้างเท้า หรือการนัดบริหารเท้าจากบุคคลในครอบครัว รองลงมาคือ ได้รับอุปกรณ์สำหรับการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจากบุคคลในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด และได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเลือกซื้อรองเท้าที่เหมาะสมกับเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 42.81, 35.17 และ 34.86 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

4.1 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกัน

การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.75 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เท่ากับ 63.11 คะแนน (S.D.=13.06) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในภาพรวม (n=327)

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	9	2.75
พอใช้	103	31.50
ดี	215	65.75
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.11 (13.06)	
มัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	66 (16-80)	

4.2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) และปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) 3 อันดับแรก คือ สำรองถุงเท้าเปลี่ยนทั้งภายในและภายนอกก่อนการสวมใส่ทุกครั้ง รองลงมาคือ สวมใส่รองเท้าทุกครั้งขณะเดินทั้งภายในและภายนอกบ้าน และล้างเท้าด้วยน้ำสะอาดและสบู่ที่อ่อนโยนต่อผิวหลังอาบน้ำหรือทันทีที่เท้าสกปรกร้อยละ 86.55, 78.29 และ 75.54 ตามลำดับ และตอบปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ เมื่อมีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ท่าน้ำใช้กระเป๋าน้ำอุ่นวางหรือทาบบนเท้า รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ขา เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนบริเวณเท้าได้ไม่ดี และนวดเพื่อบริหารเท้าอย่างน้อยวันละ 15 นาที ร้อยละ 61.77, 46.17 และ 45.25 ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ภาวะโรคไตร่วมแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า รายละเอียดดังนี้

เพศ: กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดี เป็น 1.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ($OR_{Adj} = 1.87$, 95%CI = 1.05-3.29, p-value <0.031) ดังตารางที่ 4

ภาวะโรคไตร่วม: กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคไตร่วม มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีเป็น 5.29 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคไตร่วม ($OR_{Adj} = 5.29$, 95%CI = 1.39-19.47, p-value <0.014) ดังตารางที่ 4

แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวาน
ที่เท้า: กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกัน การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีเป็น 2.64 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{Adj} = 2.64, 95\%CI = 1.24-5.63, p\text{-value} < 0.011$) ดังตารางที่ 4

แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า: กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีเป็น 4.86 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{Adj} = 4.86, 95\%CI = 2.70-8.73, p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (วิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร) (n=327)

ปัจจัย	จำนวน	พฤติกรรมดี	OR _{Crude}	OR _{Adj}	95%CI	P-value
เพศ						
ชาย	82	54.88	1	1	1	0.031
หญิง	245	69.80	1.86	1.87	1.05-3.29	
โรคไต						
มีภาวะโรคไตร่วม	11	36.36	1	1	1	0.014
ไม่มีภาวะโรคไตร่วม	316	67.09	3.56	5.29	1.39-19.47	
แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า						
ต่ำ-ปานกลาง	46	34.78	1	1	1	0.011
สูง	281	71.17	4.62	2.64	1.24-5.63	
แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า						
ต่ำ-ปานกลาง	85	34.12	1	1	1	0.001
สูง	242	77.27	6.56	4.86	2.70-8.73	

สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.75 ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า แรงสนับสนุน ทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับดี ซึ่งการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

เพราะการใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านมีเพียงตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่จะดูแลตนเองได้ดีที่สุด⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ นวลทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ความตระหนักรู้ในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการสนับสนุนทางสังคม

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ร้อยละ 45 ($R^2 = 0.45$, $F = 16.342$, $p\text{-value} < 0.01$)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ภาวะโรคไตร่วม แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) เพศ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดี คิดเป็น 1.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ($OR_{Adj} = 1.87$, $95\%CI = 1.05-3.29$, $p\text{-value} < 0.031$) เนื่องจากธรรมชาติเพศหญิงจะมีความสนใจในด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย⁽²⁰⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดี ร้อยละ 69.80 ซึ่งมีพฤติกรรมดีมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสี่ยงดัง⁽²¹⁾ พบว่า เพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลเท้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้า ($\bar{X} = 2.31$, $S.D. = 0.39$) สูงกว่าเพศชาย ($\bar{X} = 1.87$, $S.D. = 0.36$)

2) ภาวะโรคไตร่วม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคไตร่วมจะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีเป็น 5.29 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคไตร่วม ($OR_{Adj} = 5.29$, $95\%CI = 1.39-19.47$, $p\text{-value} < 0.014$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคไตร่วมจะมีโอกาสในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดแผลเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคไตร่วม อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยมีค่า HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางตา ไต และเท้าได้ โดยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดจากการขาดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การรับประทานยา

และการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะโรคไตร่วมด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตมักจะมีอาการเท้าบวม ขาดตามปลายเท้า ตะคริว และผิวหนังแห้งคันได้ง่าย ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเพิ่มมากขึ้นจากการเกาเมื่อผิวหนังบริเวณเท้าแห้งหรือคัน หรือเกิดการเสียดสีของผิวหนังบริเวณเท้าจากการสวมใส่รองเท้าที่คับหรือแน่นจนเกินไปขณะที่เท้าบวมได้ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคไตร่วม จึงมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคไตร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของณิปปาไทย ศิลาเจริญ⁽²²⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน Serum Creatinine ≥ 1.5 g/dl มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน เนื่องจากเป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดในโรคเบาหวาน คือ Triglyceride < 150 mg/dl, HDL-Cholesterol ≥ 40 mg/dl, LDL-Cholesterol ≥ 100 mg/dl โดยหากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมไม่ได้จะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของโรคเบาหวานตามมาได้

3) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าดีเป็น 2.64 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{Adj} = 2.64$, $95\%CI = 1.24-5.63$, $p\text{-value} < 0.011$) เนื่องจากแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ควบคุมการเกิดขึ้นของพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจนั้นเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคลนั้น ๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น โดยแรงจูงใจเกิดขึ้นได้จากทั้งด้านความต้องการ การตื่นตัว ความคาดหวัง และการตั้งเป้าหมาย โดยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าใน

ระดับสูง ร้อยละ 71.17 มีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับต่ำ-ปานกลาง เป็นไปตามแนวคิดของดันและโรเจอร์⁽¹¹⁾ แรงจูงใจจะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมหรือเสริมสร้างแรงผลักดัน เพื่อให้เกิดความพยายามในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้แก่ 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า 2) การประเมินการทรมานสถานการณ์ ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าและความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าขึ้น เพื่อนำผู้ป่วยเบาหวานไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ สถิตเสถียร⁽⁶⁾ โดยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

4) แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับสูง จะมีพฤติกรรม การป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าที่ดีเป็น 4.86 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{Adj} = 4.86, 95\%CI = 2.70-8.73, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าตามแนวคิดของเฮาส์⁽¹²⁾ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า จะเป็นการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิด

แผลเบาหวานที่เท้าที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนาภรณ์ สาสี และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลเท้าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($OR_{Adj} = 3.15, 95\%CI = 1.47-6.72$) และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($OR_{Adj} = 2.91, 95\%CI = 1.64-5.16$) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับกำลังใจ และการแสดงความห่วงใย การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเลือกซื้ออุปกรณ์สำหรับการดูแลเท้า การอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการตรวจเท้า การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร หรือเอกสารแผ่นพับเรื่องการดูแลและป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการได้รับการติดตามอย่างสม่ำเสมอจากทั้งบุคคลในครอบครัวญาติ คนใกล้ชิด เพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศหญิงและเพศชายได้พูดคุยแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในทางที่ดีขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

2) ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเข้ามาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิด

การรับรู้ถึงความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเกิดความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าและความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในทางที่ดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3) ควรมีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลและป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าแก่บุคคลในครอบครัวญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องมีทักษะในการดูแลเท้าอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลดังกล่าวได้มีส่วนร่วมในการมีบทบาทการดูแลและป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคำนึงถึงปัจจัยในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อนำผลการศึกษามาใช้วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. รมงควันเบาหวานโลก ปี 2564 หัวข้อ ACCESS TO DIABETES CARE : การเข้าถึงการดูแลโรคเบาหวาน ถ้าไม่ใช่ตอนนี้แล้วจะต้องเมื่อไร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/newsphp?news=21692&deptcode=brc&news_views=60.
- ชยพล ศิรินิยมชัย. การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561; 24(1): 1-14.
- พูนพงศ์ หุตะโชค. การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ป้องกันการถูกตัดเท้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phyathai.com/article_detail/2485/th/การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน_ป้องกันการถูกตัดเท้า_
- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการณย์. ดูแลเท้าอย่างไร? เมื่อเป็นเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/456>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. ระบบติดตามประเมินคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณภาพ จังหวัดอุดรธานี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.168.50/cockpit65_ud/main/new_index2.php?stg_group_id=6&
- สิริรัตน์ สติยศเสถียร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
- อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2560; 43(3): 101-7.
- กรรณิการ์ ศรีสมทรง, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(3): 120-34.

9. นิชาภา เหมือนภาค, เขมกัญญา อนันต์, วัชรินทร์ จันทนท. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2564; 2(4): 110-23.
10. อ่อนอุษา ชันธรักษา, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสุศึกษา 2564; 44(2): 156-70.
11. Prentice-Dunn S, Rogers RW. Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. Health Educ Res 1986; 1(3): 153-61.
12. House JS, Kahn RL. Measures and concept of social support. In S. Cohen, & S. Syne Social support and health. New York: Academic Press; 1985. p83-108.
13. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17(14): 1623-34.
14. ธนาภรณ์ สาสี, เบญจา มุกตพันธุ์, พิชญ์ อุตตมะเวทิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคำบ่อ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(1): 87-98.
15. Best J W. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
16. วงศาเล้าหศิริวงศ์. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย ด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2560.
17. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ 2011; 2: 53-5.
18. พิมพ์ลักษณ์ รัชสีภโนตร, ชัชวาล วงศ์สารี, อัมพร เจริญวิรัชกุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 12(3): 89-100.
19. วิภาวรรณ นวลทอง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ด่วงแพง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2561; 10(1): 94-105.
20. ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์, อุบล จันทรเพชร. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารช่อพะยอม 2562; 30(1): 153-64.
21. สุปรียา เสี่ยงตั้ง. พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 2(3): 1-15.
22. ณีปไทย ศิลาเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2560; 42(3): 85-95.

การพัฒนาความร่วมมือการปฏิบัติตามมาตรการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายและแกนนำชุมชน พื้นที่ตำบลหนองกงเขิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

The Development of Alcohol Control Measures Compliance Cooperation Among Vendors and Community Leader's Area, Nong Kung Soen Subdistrict, Phu Wiang District, Khon Kaen Province

กานต์ญณี เกียรติพนมแพ ศ.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) Kanyanee Keatpanomphae M.P.H. (Health education and Health Promotion)
สารัช บุญไตรย์ ว.ท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน) Sarach Buntra M.Sc. (Community medicine)
วิทยา พงแสง ศ.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) Wittaya Pangsang M.P.H. (Health education and Health Promotion)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: May 1, 2023

Revised: June 26, 2023

Accepted: January 15, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความร่วมมือการดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว ตำบลหนองกงเขิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้จำหน่าย 2) พัฒนาแนวทางและดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ และ 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนพัฒนาความร่วมมือ มีการละเมิดข้อห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.05 มีการโฆษณา ร้อยละ 38.10 และผู้จำหน่ายมีความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับดีมากเพียง ร้อยละ 28.57 เครื่องขายที่เกี่ยวข้องของแกนนำชุมชน ผู้จำหน่าย และผู้บริโภค จึงได้มีการกำหนดแนวทางแก้ปัญหา และดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ สร้างเครือข่ายตรวจเฝ้าระวัง การสร้างข้อตกลงร่วมกันของผู้จำหน่าย เสริมสร้างความรอบรู้การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประชาสัมพันธ์รณรงค์ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่ได้หลังดำเนินการพบว่า ผู้จำหน่ายมีความรู้ ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 52.38 มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลากำหนดเพิ่มเป็น ร้อยละ 75 และด้านการโฆษณาฯ ลดลงเหลือ ร้อยละ 9.09 แต่การละเมิดกฎหมายด้านการขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปียังไม่ลดลง เห็นได้ว่าแม้ผู้จำหน่ายจะมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังพบการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อยู่ ดังนั้นจึงควรติดตามประเมินและปรับปรุงแนวทางการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ให้เหมาะสมต่อเนื่อง และอาจมีความจำเป็นต้องสร้างกติกาสังคมบังคับใช้โดยการยอมรับของชุมชนที่แท้จริง และนำไปสู่การขับเคลื่อนแนวทางสู่การปฏิบัติให้ต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาร่วมมือ การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้จำหน่าย

Abstract

This action research aimed to foster compliance with alcohol control measures among alcohol beverage sellers in tourist attraction areas, specifically in Nong Kung Soen Subdistrict, Phu Wiang District, Khon Kaen Province. The study was conducted in three phases: 1) situational analysis, 2) development of appropriate guidelines for alcohol control, and 3) evaluation of the implemented measures. Participants included public health officials, community leaders, village health volunteers (VHVs), and alcohol beverage sellers. Data collection utilized data recording forms and questionnaires administered between October 2021 and June 2022. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the initial situation indicated violations among distributors regarding the sale of alcohol to individuals under 20 years old (19.05%), as well as in advertising practices (38.10%). However, distributors exhibited an excellent level of knowledge regarding measures to control alcoholic beverages (28.57%). As part of the intervention, protocols were established for controlling beverage distribution, including the establishment of a surveillance network and the development of collective agreements among vendors. Additionally, efforts were made to enhance awareness of compliance with alcohol control measures through continuous public relations campaigns. After the implementation of these measures, there was a significant improvement in distributors' knowledge levels, which increased by 52.38 percent. Moreover, the sale of alcoholic beverages within designated hours increased to 75 percent, while instances of advertising alcoholic drinks decreased to 9.09 percent. However, violations of the law on sales to individuals under 20 years of age did not decrease.

In conclusion, while vendors demonstrated a satisfactory level of knowledge and understanding regarding alcohol control measures, violations of the Alcoholic Beverage Control Act 2008 persisted. Therefore, stakeholders must remain vigilant in monitoring and evaluating compliance with regulations, and adapt guidelines for controlling alcohol consumption to better align with the local context. Collaboration between community rules and legal measures is essential for effective enforcement.

Keywords: Cooperative development, Compliance with alcohol control measures, Vendors

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว การเกิดอุบัติเหตุและอาชญากรรม ซึ่งกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ และยังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการตายและความพิการของประชาชนทั่วโลก⁽¹⁾ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า (ร้อยละ 46.4 และ 10.8) ซึ่งเป็นผลจากการรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์รวมทั้งจากสถานการณ์

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ที่มีการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และห้ามดื่มในสถานที่ต่าง ๆ⁽²⁻⁴⁾ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่ม ร้อยละ 32.3 เป็นอันดับ 2 รองจากภาคเหนือ ร้อยละ 33.1 กรุงเทพมหานครและภาคกลาง ร้อยละ 27.3 และ 26.8 ส่วนภาคใต้มีอัตราการดื่มต่ำสุด ร้อยละ 16.6 ทั้งนี้ ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี 2560-2564 เขตสุขภาพที่ 7 ลดลงจากร้อยละ 33.7 เป็น ร้อยละ 32.5 ในปี 2564 จังหวัดขอนแก่นมีอัตราการดื่มสูงที่สุด ร้อยละ 39.9

สูงกว่าปี 2560 (ร้อยละ 36.45) รองลงมาได้แก่จังหวัดร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ซึ่งอัตราการตี้มไม่ต่างกันคือ ร้อยละ 30.9 และ 30.1 ต่ำกว่าปี 2560 (ร้อยละ 31.72 และ 31.46) ส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการตี้มต่ำสุดร้อยละ 29.2 ต่ำกว่าปี 2560 ร้อยละ 31.06 อัตราการตี้มมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2560⁽⁵⁾

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้เร่งรัดการดำเนินงานควบคุมแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์อย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้มาตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 เพื่อลดปัญหาและผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย ซึ่งกรอบการดำเนินงานยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) ในการขับเคลื่อนการลดการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานด้วย 7 กลยุทธ์ได้แก่ 1) การควบคุมและจำกัดการเข้าถึง 2) การควบคุมพฤติกรรม การซื้อ-หลังการตี้ม 3) การบำบัดรักษา 4) การควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ 5) การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี 6) การสร้างค่านิยมเพื่อลดการตี้ม และ 7) การมีระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดี เป้าหมายเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูญเสียเนื่องจากโรคและความรุนแรงหรือผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์⁽⁶⁾

การดำเนินงานควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ผ่านมามีปัญหาในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการร้องเรียนผ่านทางระบบ TAS เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2563–2564 พบข้อร้องเรียน 17 เรื่อง ซึ่งมีการรายงานผลผ่านระบบ 11 เรื่อง ข้อร้องเรียนที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ การโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ การลดราคา การแจกแถม ให้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ การขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ออนไลน์/ผ่านแกร็บ/เฟซบุ๊ก และขายในสถานที่ราชการ⁽⁷⁾ และรายงานการตรวจเฝ้าระวังการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้ม

แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในพื้นที่ท่องเที่ยวช่วงเทศกาลสงกรานต์ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และประชาชนผู้เข้ามาท่องเที่ยวในปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา พบว่ามีการลักลอบจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการและลักลอบนำเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เข้ามาบริโภคในพื้นที่ท่องเที่ยวซึ่งถือเป็นพื้นที่สาธารณะห้ามมิให้มีการบริโภค ห้ามมิให้มีการจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์กระทั่งในปี พ.ศ. 2563–2564 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักระดับพื้นที่ในการกำหนดมาตรการป้องกันการละเมิดและสื่อสารข้อความสำคัญเพื่อสร้างการรับรู้ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการจัดทำบันทึกกลนามความร่วมมือ (MOU) และสนับสนุนองค์ความรู้และสื่อที่เกี่ยวข้องด้านกฎหมายให้ผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ 4 แห่ง ใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ฝ่ายหนองหวาย อำเภอโนนพอง พัทยา 2 อำเภอภูเวียง และจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ แหลมโนนวิเศษ อำเภอสหัสขันธ์ และหาดดอกเกด เชื่อนลำปาว การสุ่มตรวจประเมินพื้นที่ดังกล่าว พบว่ามีการละเมิดไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น การบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ท่องเที่ยว และมีการจำหน่ายจากร้านค้าในชุมชนโดยมีบริการจัดส่งเข้ามาในพื้นที่ท่องเที่ยว เป็นต้น สำหรับพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ (พัทยา 2) อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่านักท่องเที่ยวต่างถิ่นฝ่าฝืน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยนำเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เข้ามาตี้มเองในสถานที่ท่องเที่ยวและบริเวณโดยรอบ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนร้านอาหารโดยเฉพาะร้านที่อยู่ในแฟมมีการลักลอบขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้นักท่องเที่ยว ร้านค้าในชุมชนยังขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี และขายให้คนเมา (ติดแอลกอฮอล์)⁽⁸⁾ และข้อมูลการสำรวจความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายในพื้นที่ พบว่าในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้จำหน่ายส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องมาตรการและกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จากแหล่ง/สื่อช่องทางต่างๆ 3 อันดับ ได้แก่

สรรพสามิต ร้อยละ 90.84 โทรทัศน์ ร้อยละ 69.04 และ อสม. ร้อยละ 61.90 แต่ยังคงความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ วัน เวลาที่ห้ามจำหน่าย อาทิต ร้อยละ 26.19 เข้าใจว่าขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามสวนสาธารณะได้เมื่อได้รับใบอนุญาตจากสรรพสามิต ร้อยละ 30.95 เข้าใจว่าการขายให้ผู้มีอาการมีนเมา ไม่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 50 เข้าใจว่าวันสำคัญทางศาสนา ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ร้อยละ 24.4 เข้าใจว่าขาย นอกเวลาที่กฎหมายกำหนดได้ และร้อยละ 28.57 เข้าใจว่าสามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการชิงโชค ลดราคาเพื่อส่งเสริมการขาย แลก แจก แถม และ จัดโปรโมชั่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ส่วนความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.90 และมีปัญหา ร้อยละ 14.29 การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่ามีการขออนุญาตจำหน่ายหรือต่อ ใบอนุญาตทุกปี ร้อยละ 92.86 การควบคุมการเข้าถึง และการหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าขายในระหว่าง เวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัดเพียง ร้อยละ 16.67 และ ขายให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.05 ขายให้ ผู้มีอาการมีนเมา ร้อยละ 9.52 การควบคุมการโฆษณา และส่งเสริมการขาย พบการโฆษณาและคิดว่า ไม่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 38.09

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า มีผู้ประกอบการร้านค้า ในบริเวณพื้นที่ท่องเที่ยวสาธารณะได้ให้ความร่วมมือต่อ การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังพบปัญหาจากผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน หรือ ร้านค้าที่อยู่นอกพื้นที่ท่องเที่ยวไม่ปฏิบัติตามมาตรการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบให้เกิด การละเมิดไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในหลายข้อห้าม และมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ท่องเที่ยวสาธารณะและ ชุมชนอันเป็นผลเกี่ยวเนื่องกับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาความร่วมมือ ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินการ แก้ไขปัญหาของพื้นที่ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ในการ ปฏิบัติตามกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อันจะส่งผลต่อ ความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาความร่วมมือการดำเนินการปฏิบัติตาม มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้จำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว ตำบล หนองกุ้งเซิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart)⁽⁹⁾

พื้นที่ดำเนินการวิจัย ตำบลหนองกุ้งเซิน อำเภอ ภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ประกอบการ ร้านค้า 42 คน และแกนนำชุมชน 20 คน ในพื้นที่ ตำบลหนองกุ้งเซิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เลือก แบบเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – มิถุนายน 2565

ขั้นตอนการดำเนินงาน

แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ สถานการณ์ 2) การพัฒนาแผนกิจกรรมและการดำเนิน การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ (Planning, Action) และ 3) การติดตาม (Observation) ประเมินผล (Reflection) ในพื้นที่ตามกรอบระยะการดำเนินงานและ ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกสภาองค์การ บริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) จำนวน 20 คน

และผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 22 คน (1 คน/ร้านค้า) ในพื้นที่ตำบลหนองกุ้งเซิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ กระบวนการประชุมกลุ่มย่อย เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกการประชุม และประเด็นการประชุมกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่ แยกแยะข้อมูลตามประเด็น และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิรายงานผลการประเมิน การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ และสำรวจ ความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการร้านค้า ด้วยแบบสอบถาม ประยุกต์จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติตาม มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่าย⁽¹⁰⁾ และตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง⁽¹¹⁾ ได้แก่ ความสามารถในการสืบค้นหา เลือกสรรและกลั่นกรอง ข้อมูล ข่าวสาร ความสามารถในการจดจำ ตีความ และขยายประเด็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับรวมถึงการสื่อสาร ข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลาย ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย และการวางแผนให้ตนเองสามารถปฏิบัติตาม มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสม การวิเคราะห์และประเมินสื่อ ตรวจสอบความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และกำหนดทางเลือกหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธความต้องการภายในของตนเอง และสถานการณ์ ที่เอื้อให้มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่าง เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการคิดของตนเอง เครื่องมือ คือแบบสอบถามมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.66–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงด้วยค่าร้อยละ จำนวน ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความรอบรู้ เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค⁽¹²⁾ เพื่อเป็น ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานในระยะที่ 2 ดังนี้

การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมาตรการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 66.68–100.00

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 33.34–66.67

ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.00–33.33

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80.01–100.00

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60.01–80.00

ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.00–60.00

ความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

ระดับดีเยี่ยม คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 90.00–100.00

ระดับพอเพียง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 75.00–89.99

ระดับมีปัญหา คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 61.00–74.99

ระดับไม่พอเพียง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.00–60.99

ระยะที่ 2 พัฒนากิจกรรมและดำเนินกิจกรรมการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ตามขั้นตอน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 2 การวางแผน (Planning) โดยจัดการ ประชุมราชการเพื่อวิเคราะห์และคืนข้อมูลการสำรวจ ความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อสม. สมาชิก อบต. และผู้ประกอบการร้านค้าในพื้นที่ตำบล หนองกุ้งเซิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น เลือกแบบ เจาะจงจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

แบบบันทึกการประชุม และแบบกำหนดแผนการดำเนินงาน มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมการดำเนินงานในพื้นที่ และฐานการเรียนรู้ ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ

กิจกรรมที่ 3 การดำเนินงาน (Action) สนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ และการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดำเนินการประกอบด้วยผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้นำชุมชน อสม. และ อบต.ในพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปบทเรียนประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4 สังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 1) การติดตามผลการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ และสำรวจความรอบรู้มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกติดตามผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามแผนงาน/กิจกรรม และแบบบันทึกการสังเกตในชุมชน และ 2) การประเมินความรอบรู้ มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผู้นำชุมชน อสม. และ อบต.ในพื้นที่ ด้วยแบบสอบถาม

กิจกรรมที่ 5: การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ตามแผนกิจกรรมของพื้นที่ โดยจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง และนำผลการดำเนินงานที่ได้สะท้อนข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น และร่วมกันปรับปรุงกิจกรรม

การดำเนินงาน กลุ่มผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อสม. สมาชิก อบต. และผู้ประกอบการร้านค้าในพื้นที่ตำบลหนองกุ้งเซิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกและสรุปผลการประชุมถอดบทเรียนของพื้นที่

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: ผลการศึกษาศถานการณ์การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา พบว่าผู้ประกอบการร้านค้าในพื้นที่มีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีการนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากนอกพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเข้ามาดื่มริมหาดพัทยา 2 โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวที่มาจากต่างพื้นที่เฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และผู้ประกอบการธุรกิจรถแข่งปลาที่ไม่ใช่คนพื้นที่ ประกอบกับร้านค้าในชุมชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เช่น ขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ขายให้คนเมาสุรา (ติดแอลกอฮอล์) รวมถึงประชาชนในพื้นที่ชุมชนโดยรอบแหล่งท่องเที่ยว และขาดความรู้ทางด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เกี่ยวกับ อายุ สถานที่ วันเวลาห้ามขาย งานบุญประเพณียังมีการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก ความรอบรู้และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่ายส่วนใหญ่ในพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่พอเพียง (0 – 57.60 คะแนน)	26	61.90
มีปัญหา (57.61 – 71.90 คะแนน)	6	14.29
$\bar{x} = 49.67, S.D = 16.28$		
การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
มีการขออนุญาตจำหน่าย หรือต่อใบอนุญาตทุกปี	40	92.86

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมการเข้าถึงและการหาซื้อแอลกอฮอล์		
ขายในระหว่างเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด	7	16.67
ขายให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี	8	19.05
ขายให้ผู้มีอาการมึนเมา	4	9.52
การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย		
มีการติดป้ายโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคิดว่าไม่ผิดกฎหมาย	16	38.09

ผู้จำหน่ายส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องมาตรการและกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จากแหล่ง/สื่อช่องทางต่าง ๆ 3 อันดับ ได้แก่ สรรพสามิต โทรทัศน์ สื่อโซเชียล และ อสม. แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับข้อจำกัดหรือข้อห้ามด้านบุคคล สถานที่ วัน เวลาห้ามจำหน่าย เช่น เข้าใจว่าขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามสวนสาธารณะได้ เมื่อได้รับใบอนุญาต ขายให้ผู้มีอาการมึนเมาได้ และขายในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น ทั้งนี้ ภาพรวมความรอบรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้องขาดการวางแผนการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2: การพัฒนาความร่วมมือและสร้างความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแกนนำ

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) มีการประชุม คัดข้อมูลระหว่างผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ นำไปสู่การวางแผนกิจกรรมดำเนินงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนงานกิจกรรมการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1) เสริมสร้างความรอบรู้การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	อบรม 2 วัน	ทีมผู้วิจัย
2) ตรวจเฝ้าระวังฯ และให้คำแนะนำร้านค้าในพื้นที่	2 ครั้ง	แกนนำชุมชน/อสม.
3) สื่อสาร ธารงรงค์ หอกระจายข่าว/แผ่นพับ	เดือนละ 1 ครั้ง	แกนนำชุมชน/อสม.
4) ติดตามการดำเนินงานตามแผนกิจกรรม	2 ครั้ง	แกนนำชุมชน/อสม.

2.2 ขั้นการดำเนินงาน (Action) ภาควิเคราะห์
เกี่ยวข้องในพื้นที่ดำเนินกิจกรรมตามแผนประกอบด้วย

1) การให้ความรู้สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ
เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ
(3) ทักษะการสื่อสาร (4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ
ของตนเอง (5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ
(6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดทักษะ
(skill) ความสามารถ (ability) ในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล
และบริการสุขภาพ ตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ในการปรับ
พฤติกรรมเพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกิจกรรมฐานแลกเปลี่ยน
เรียนรู้จำนวน 4 ฐาน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รับได้ไหม ถ้าใช้คุณหรือใคร
เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถในการวิเคราะห์
คำถาม ประเมินคำถามโดยใช้ประสบการณ์ ความรู้ และ
ความเข้าใจต่อผลกระทบของโทษและภัยจากเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ ประเด็น ความหมาย และโทษของการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
คนไทยดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย
(มิลลิกรัม%) และผลต่อร่างกาย รวมถึงการเชื่อมโยง
คำสอนจากพุทธวจนเพื่อให้เข้าใจโทษ พิษภัยจากการดื่ม
น้ำเมาซึ่งเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท 6 ประการ ได้แก่
ความเสื่อมทรพย์อันผู้ดื่มพึงเห็นเอง เป็นบ่อเกิดแห่ง
การทะเลาะวิวาท เป็นบ่อเกิดแห่งโรค เป็นเหตุเสียชื่อเสียง
เป็นเหตุไม่รู้จักรละอาย และเป็นเหตุทอนกำลังปัญญา
ซึ่งจากการประเมินการมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายให้ข้อคิดเห็น
ข้อดีของการเลิกหรือไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า
ช่วยลดความเสี่ยงโรคภัย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุทำให้
พุงยุบ น้ำหนักลด หน้าตาสดชื่น ผิวพรรณสดใสขึ้น
ความจำดีขึ้น นอนหลับได้สนิทกว่าเดิม และมีเงินเก็บ
มากขึ้น ครอบครัวอบอุ่นมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 เข้าถึง เข้าใจ มาตรการควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้
มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

และสามารถวิเคราะห์เนื้อหาของแหล่งข้อมูล จากแหล่ง
ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ และการวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง กรณีมี
การตั้งเพิงขายอาหารที่หาดพัทยา 2 และมีเหล้า เบียร์ไวน์
จำหน่าย หรือมีการติดป้ายโฆษณาว่า การกระทำดังกล่าว
ผิดกฎหมายหรือไม่อย่างไร ซึ่งผลพบว่าส่วนใหญ่สามารถ
ค้นหาแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ได้โดยใช้สื่อโซเชียล เช่น อินเทอร์เน็ต
กลุ่มไลน์ของแกนนำชุมชน และสอบถามจากแหล่งสื่อที่
เป็นตัวบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรรพสามิต
ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ส่วนการฝึกวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง
พบว่า กลุ่มเป้าหมายสามารถแยกแยะได้ว่าการขาย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะหรือพื้นที่
ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายฯ

กิจกรรมที่ 3 ถ้ามได้ ไตร่ตรอง ต้องทำให้ถูก
และรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดของแอลกอฮอล์
เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถประเมิน
สถานการณ์การรู้เท่าทันการโฆษณาของบริษัทจำหน่าย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของร้านค้าในชุมชน และการปฏิบัติ
ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
พ.ศ.2551 ลักษณะการกระทำที่ต้องห้ามในการขาย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งกฎหมายได้กำหนดห้ามมิให้
ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะ
การใช้เครื่องขายอัตโนมัติ การเร่ขาย การลดราคาเพื่อ
ประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย การให้หรือเสนอให้สิทธิ
ในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ
การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์ใดเป็น
การตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแก่ผู้นำ
หีบห่อ หรือฉลากหรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ การแจก แถม ให้ หรือ
แลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกับสินค้าอื่น
หรือการให้บริการอย่างอื่นแล้วแต่กรณี หรือแจกจ่าย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะเป็นตัวอย่างของเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขการขาย
ในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่า
โดยทางตรงหรือทางอ้อม วิธีหรือลักษณะอื่นใดตามที่

รัฐมนตรีประกาศ กำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ และห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือ แสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณ หรือชักจูงใจให้ผู้อื่นตี้ม โดยตรงหรือโดยอ้อม แต่การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใด ๆ โดยผู้ผลิตเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้ เฉพาะการให้ข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์ สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ ของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏ ของภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ หรือ สัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เท่านั้น จากการประเมินกิจกรรมพบว่าประเด็นที่เข้าใจคลาดเคลื่อน คือ การจำหน่ายให้บุคคลต้องห้ามตามกฎหมาย ได้แก่ บุคคลที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และบุคคลที่มีนเมวจน ครอบสติไม่ได้โดยบางส่วนยังมีความเข้าใจว่าไม่สามารถ จำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้บุคคลที่อายุน้อยกว่า 18 ปีและเพิ่มเติมวันที่ห้ามจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากที่กฎหมายกำหนดไว้คือ วันเลือกตั้ง และ มาตรา 32 เรื่องการโฆษณา และมีการสะท้อนข้อมูลกรณี ผู้แทนบริษัทเครื่องตี้มแอลกอฮอล์สนับสนุนสื่อโฆษณา ได้แก่ กระจกน้ำ แก้วน้ำ ร่ม หย็อกน้ำ น้ำดื่ม ป้ายกันแดด พัดลม ปฏิทิน กล่องอาหาร เสื้อ หมวก ผ้าเช็ดหน้า โดยเข้าใจ ว่าสามารถรับได้เนื่องจากคิดว่าให้ฟรีเป็นรางวัล

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้และสาธิต ตัวอย่าง การกระทำผิด ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และเข้าใจกฎหมาย รวมทั้งปฏิบัติให้ถูกต้องในการจำหน่าย เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตามเวลา บุคคล และสถานที่ ซึ่งปัจจุบันได้มีกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการที่ เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการไว้ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติ ของผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ สถานที่ หรือบริเวณต้องห้ามในการขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ การห้ามขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลต่าง ๆ วิธีการหรือลักษณะต้องห้ามในการขายเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ สถานที่หรือบริเวณที่ห้ามบริโภคเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ และข้อห้ามในการโฆษณา

2) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ มาตรการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ทางหอกระจายข่าว โดยผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง

3) แกนนำชุมชนดำเนินการให้คำแนะนำ ข้อกฎหมายให้แก่ร้านค้าทุกร้านที่เปิดใหม่ให้ทราบและ ปฏิบัติ เช่น ห้ามจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้แก่คน เมาขาดสติ ห้ามจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในวันพระ ใหญ่ และวันเลือกตั้ง แนะนำผู้ซื้อถึงเวลาที่สามารถซื้อ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้

ระยะที่ 3: การประเมินผลการดำเนินงานพื้นที่ ดังนี้

ขั้นตอนการสังเกต (Observation): ติดตาม และประเมินผล

1) การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในกลุ่ม เป้าหมายแกนนำชุมชน และผู้จำหน่าย ก่อนและหลังการ ให้ความรู้ พบว่าก่อนการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยระดับ ความรู้ 10.11 คะแนน หลังให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยระดับ ความรู้ 23.78 คะแนน ความต่างค่าคะแนนเฉลี่ย (d) เพิ่มขึ้น 13.67 คะแนน และความพึงพอใจในการดำเนิน กิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.39

2) การติดตามการปฏิบัติของผู้จำหน่าย จำนวน 2 ครั้ง (เมษายน และ มิถุนายน 2565) พบว่า ร้านค้าส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือกับผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี ทั้งนี้การตรวจเตือนเฝ้าระวังในช่วงเทศกาลสงกรานต์ใน ชุมชนและบริเวณสวนสาธารณะหาดพัทยา 2 และตรวจ ประเมินร้านค้าจำนวน 44 ร้าน ผลการตรวจประเมิน พบว่า มีร้านค้าจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ (เหล้า เบียร์ไวน์) ตามเวลาที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 75 ไม่ติด ป้ายเตือน/สติ๊กเกอร์ ให้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุม เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25 ยังมีการขายให้เด็กอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 20.45 และพบการโฆษณาเกี่ยวกับ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.09 และการติดตาม สังเกตของแกนนำและ อสม. พบว่า ร้านค้าและผู้ซื้อยังมีการ ซื้อขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตั้งแต่เช้าตรู่ ร้านค้าส่วนใหญ่ ไม่มีการติดป้ายโฆษณา หรือป้ายส่งเสริมการขายเครื่อง

ดื่มแอลกอฮอล์อื่น ยังพบเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ผลการสำรวจความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่ายในพื้นที่ตำบลหนองกุ้งเชิงจำนวน 42 ร้าน หลังการดำเนินงานพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 52.38 ระดับน้อย ลดลงจากร้อยละ 30.95 เหลือร้อยละ 7.14 มีความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังดำเนินการ ระดับพอเพียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.90 เป็น ร้อยละ 30.95 ระดับมีปัญหา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.29 เป็น ร้อยละ 26.19 ระดับไม่พอเพียง ลดลงจากร้อยละ 61.90 เป็น ร้อยละ 42.86 ทั้งนี้มีการเข้าถึงข้อมูลระดับพอเพียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.05 เป็น ร้อยละ 21.43 มีการสื่อสาร ระดับพอเพียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.14 เป็น ร้อยละ 21.43 มีการจัดการตนเองระดับไม่พอเพียง ลดลงจากร้อยละ 76.19 เป็น ร้อยละ 54.76 มีการรู้เท่าทันสื่อ ระดับพอเพียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.14 เป็น ร้อยละ 9.52 และมีการตัดสินใจในการปฏิบัติระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.95 เป็น ร้อยละ 40.48 และระดับพอเพียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.81 เป็น ร้อยละ 26.19 พฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเวลาที่กฎหมายกำหนดจากร้อยละ 16.67 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 47.62 การขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี จากร้อยละ 19.05 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.19 และมีการโฆษณาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากร้อยละ 38.10 ลดลงเหลือ ร้อยละ 19.05

ขั้นตอน การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ข้อมูลจากการติดตามทั้ง 2 ครั้ง พบปัญหาที่เป็นสาเหตุการละเมิดกฎหมายของผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้จำหน่ายสะท้อนเหตุผลต้องการรายได้เพื่อมาจุนเจือครอบครัวจึงจำเป็นต้องจำหน่ายนอกเวลา กฎหมายกำหนดและมีความเกรงใจผู้ที่มาขอซื้อเนื่องจากเป็นคนรู้จักในชุมชนในส่วนการดำเนินการตามกฎหมายห้ามการโฆษณา แก่นนำชุมชนและผู้จำหน่ายได้ตกลง

ร่วมกันให้ปลดป้ายโฆษณาหรือป้ายส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออก และไม่ยอมให้ตัวแทนผลิตภัณฑ์นำป้ายดังกล่าวมาติดอีกต่อไป รวมถึงมีการแจ้งเวลาที่สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมายแก่ผู้ซื้อ

การปรับปรุงแผนกิจกรรมดำเนินงาน ในเวทีการสรุปผลการดำเนินงานของภาคีแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการปรับข้อเสนอกิจกรรมให้มีการขับเคลื่อนเพิ่มเติมคือ การสนับสนุนสื่อข้อความที่สร้างการรับรู้ข้อห้ามตามกฎหมายให้ทั่วถึงทุกร้านค้า การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดต่อเนื่อง การต้อยอดรณรงค์ให้มีการจัดงานศพปลอดเหล้า และการสื่อสารความเสี่ยงประสาสมัครอย่างต่อเนื่องในชุมชนโรงเรียน และร่วมกันจัดทำธรรมนูญชุมชนให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาความร่วมมือการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่ายและแกนนำชุมชน พื้นที่ตำบลหนองกุ้งเชิงอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า

1. ผู้จำหน่ายมีความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจ รวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณ์ ขุนลีกและคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าการพัฒนาบทบาทของผู้จำหน่ายเพื่อสังคมอยู่เย็นเป็นสุข การส่งเสริมร้านค้าตัวอย่าง การประชาสัมพันธ์ประเด็นสำคัญของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ประชาชนได้รับทราบ และสร้างแกนนำในการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวฯ รวมทั้งรณรงค์ให้ความรู้ในโรงเรียน หมู่บ้าน งานบุญปลอดเหล้า และการตรวจเยี่ยมร้านค้าโดยคณะเจ้าหน้าที่ มีผลทำให้ผู้จำหน่ายปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และสุขุมอายุวัฒน์และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุราของประเทศไทย จึงต้องเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้กับผู้จำหน่ายและพัฒนากระบวนการให้เจ้าพนักงานตามกฎหมายมีความมั่นใจในการกำกับ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การกระทำผิดตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อาทิ การขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเป็นผลมาจากผู้จำหน่ายมีความคุ้นเคยกับประชาชนในพื้นที่จึงไม่มีการสอบถามอายุผู้ซื้อก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาจังหวัดอุดรธานีส่วนใหญ่ไม่สอบถามอายุของผู้ซื้อก่อนจำหน่าย และการจำหน่ายให้เยาวชน ทั้งนี้ ประเด็นการโฆษณาตลอดเนื่องจากเครือข่ายแกนนำในพื้นที่มีการตรวจเฝ้าระวังและให้คำแนะนำแก่ผู้จำหน่ายให้มีความเข้าใจและตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้กรม ดรรชนี และ ประกันภัย ไกรรต์⁽¹⁵⁾ พบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ โดยตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ($R^2 = 0.273$) จึงควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรอบระยะเวลาที่สั้น เครือข่ายจึงมีการวางแผนบูรณาการต่อเนื่องในชุมชน โรงเรียน และผลักดันให้มีการจัดทำธรรมนูญชุมชน เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ซึ่งส่งผลต่อ

ความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เครือข่ายในพื้นที่ควรมีการบูรณาการตรวจเฝ้าระวังการกระทำผิดตามพ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการดำเนินงานตามมาตรการอื่นๆ

2. เครือข่ายทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ต้องสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญชุมชนชนวนศพลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และติดตามประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่อง

3. หน่วยงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ หรือพื้นที่ควรมีการสนับสนุน เสริมทักษะ หรือพัฒนาความรู้ให้ประชาชน โดยเฉพาะเยาวชน ให้สามารถปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อจำกัดการเข้าถึง และลดนักดื่มหน้าใหม่ ควบคู่กับการควบคุมผู้จำหน่าย

4. ควรศึกษาการขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ต้นแบบอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบขยายผล และสนับสนุนมาตรการฯ ระดับชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้เกิดชุมชนต้นแบบเพิ่มขึ้นในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้เกี่ยวข้องจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ เครือข่ายแกนนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ตำบลหนองกุ้งเขิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุน อำนวยการการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยากรชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

ขอนแก่น นางกนกพร พินิจลิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และ ดร.บุญทนากร พรหมภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้คำปรึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Risk factors collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1223–49.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: 2564.
3. ทีมวิจัยการทบทวนวรรณกรรมนานาชาติและสวีเดน. ชุดรายงาน: สุราและสังคัม ปี 2021 สุรากับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา: มุมมองเชิงปัจเจกบุคคล สังคม และนโยบาย. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2564.
4. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทางโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
5. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2564.
6. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565–2570). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
7. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สรุปผลการจัดการข้อร้องเรียนของประชาชนผ่านระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานการประชุมวางแผนพัฒนาความรอบรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2564.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Australia: Deakin University Press; 1988.
10. กฤษณ์ ขุนลิก, รังสรรค์ สิงห์เลิศ, สุณี สาริตานันต์. รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้จำหน่าย ในจังหวัดหนองคาย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม* 2556; 7(3): 197–206
11. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008; 23(5): 840–7.
12. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยปี 2564. กรุงเทพฯ: เอส.ออฟเซ็ทกราฟฟิค ดีไซน์; 2564.
13. ดุษฎี आयวัฒน์, วนิดา ฌรงค์ชัย. การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดขอนแก่น) กรณีผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2555; 5(1): 55–68.

14. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. การพัฒนามาตรการการจำกัด
การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชน ของ
ผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาในจังหวัด
อุดรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต
2561; 6(3): 525-50.
15. ภมร ตรุณ, ประกันชัย ไกรรัตน์. ปัจจัยความรอบรู้
ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ 2562; 15(3): 71-82.

การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย

Evaluation of The Effectiveness of Disease Prevention and Control Measures for COVID-19 Epidemic in Thailand

ณัฐพล โยธา ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

สุรัชย์ พิมพ์า ปร.ด. (วิทยาการระบาดและชีวสถิติ)

นครินทร์ ประสิทธิ์ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

นพรัตน์ เสนาฮาด ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

ประภัสรา ศิริกาญจน์ ปร.ด. (วิทยาการระบาดและชีวสถิติ)

ภูวนาด ศรีสุธรรม ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nuttapol Yotha M.P.H. (Public Health Administration)

Surachai Phimha Ph.D. (Epidemiology and Biostatistics)

Nakarin Prasit Dr.P.H. (Public Health)

Nopparat Senahad Dr.P.H. (Public Health)

Prapassara Sirikarn Ph.D. (Epidemiology and Biostatistics)

Puwanart Sresutham B.P.H (Public Health)

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: June 28, 2023

Revised: November 22, 2023

Accepted: January 15, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง รูปแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวโดยมีการวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้ Intervention วัดอุปสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ 2563-2564 จำนวน 2,223,435 คน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า มาตรการปิดเมืองปี 2563 ของประเทศไทย หลังได้รับมาตรการปิดเมือง 1 เดือน อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 3.036 ต่อแสนประชากร (95%CI = 1.217 ถึง 4.856) และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับมาตรการปิดเมืองเปรียบเทียบกับก่อนได้รับมาตรการปิดเมือง อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 1.025 ต่อแสนประชากร (95%CI = 0.350 ถึง 1.701) และมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 ของประเทศไทย พบว่า 1 เดือนหลังจากได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 317.123 ต่อแสนประชากร (95% CI = 77.856 ถึง 556.390) และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบกับก่อนได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 257.419 ต่อแสนประชากร (95%CI = 213.642 ถึง 301.195)

โดยสรุปพบว่า มาตรการปิดเมืองปี 2563 และมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 ของประเทศไทย มีประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผน ฝักระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงโรคอุบัติใหม่เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: การประเมินประสิทธิผล มาตรการป้องกันควบคุมโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an infection of the respiratory tract induced by a new coronavirus strain and transmitted by respiratory aerosols. Most infected individuals are asymptomatic or exhibit only moderate symptoms, particularly in the early stages. Causing the rapid spread of the disease across the globe, including Thailand. This research was quasi-experimental. Using secondary data, we evaluated the efficacy of disease prevention and control measures against the situation of the 2019 spread of the novel coronavirus disease in Thailand. From the Department of Disease Control's database of individuals diagnosed with coronavirus disease in Thailand in 2019, Ministry of Public Health, 2020–2021. Statistics are utilized in segmented linear regression analysis.

The study discovered that Thailand's 2020 lockdown measures decreased the incidence of COVID-19 cases by 3.036 per 100,000 populations (95% CI = 1.217 to 4.856) and the trajectory of change after the lockdown, according to the study. Compared to before the city received the closure clause The incidence of coronavirus disease 2019 decreased by 1.025 per 100,000 populations (95% CI = 0.350 to 1.701), and the 2021 coronavirus disease vaccination campaign measures in Thailand discovered that after receiving the disease 2019 vaccination campaign measures Infected with Coronavirus 2019 for 1 month, the incidence of Coronavirus 2019 decreased by 317.123 per 100,000 populations (95% CI = 77.856 to 556.323), and the trend changed after the vaccination campaign measures against coronavirus 2019. The incidence of coronavirus disease in 2019 decreased by 257,419 per 100,000 populations (95% CI = 213,642 to 301,195) compared to before the vaccination campaign.

In conclusion, it was lockdown that the 2020 closure and 2021 coronavirus vaccination campaign measures of Thailand were effective in reducing the incidence of coronavirus disease in 2019. Plan, monitor, prevent, and control the 2019 Corona virus infection, as well as any new emergent diseases. To reduce the risk of direct and indirect health effects with effectiveness and efficiency.

Keywords: Evaluation of the Effectiveness, Preventive and Control Measures Patterns, Coronavirus 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มโคโรนา ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ซึ่งถูกค้นพบครั้งแรกในช่วงปลายปี คริสต์ศักราช 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่สามารถติดต่อแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจาก จมูกหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม ติดต่อกันโดยตรงหรือจากการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไป หรือ การเอามือไปจับพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้นแล้วมาจับตามใบหน้า ทำให้ง่ายต่อการแพร่กระจายโรค และจาก สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจต่อ ประชากรโลกอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งองค์การอนามัย โลกประกาศให้เป็นการระบาดครั้งใหญ่⁽¹⁾ มีการแพร่ กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศ สหรัฐอเมริกา จีน อินเดีย ฝรั่งเศส เยอรมัน บราซิล⁽²⁾

ประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยว จีนที่เดินทางเข้าประเทศไทยเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 และมีการกระจายของเชื้อไปทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ประเทศไทยยืนยันผู้ติดเชื้อสะสมทั้งสิ้น 2,223,435 คน หายป่วยสะสม 2,168,494 คน และเสียชีวิตจำนวน 21,698 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98⁽³⁾ ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย และสุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการศึกษา และด้านการดำรงชีวิต

ประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558⁽⁴⁾ และได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการบริหารสถานการณ์กำกับ ควบคุมดูแล และติดตามในประเทศไทย โดยมีการคัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยง อีกทั้งได้รณรงค์ประชาสัมพันธ์ประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด คือ D : Distancing รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล M : Mask wearing สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า H : Hand washing ล้างมือบ่อยๆ T : Testing ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ และ T : Thai Chana สแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ⁽⁵⁾ ถึงแม้รัฐบาลจะได้ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด แต่สถานการณ์การระบาดของโรดยังเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับในขณะนั้นยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค ทั้งยังไม่มียารักษาโรคโดยตรง การระบาดของโรคจึงเป็นสถานการณ์อันกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชน จำเป็นต้องใช้มาตรการเร่งด่วนเพื่อควบคุมมิให้โรคแพร่ระบาดออกไปในวงกว้าง รักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยของประชาชน และการดำรงชีวิตโดยปกติสุขของประชาชน จึงได้อำนาจตามความในมาตรา 5 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงให้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร⁽⁶⁾ โดยมีสาระสำคัญในมาตรการปิดประเทศหรือปิดเมือง (Lock Down) เป็นการยกระดับมาตรการในการสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรค โดยควบคุมการจำกัดการเดินทาง

การยกเลิกกิจกรรมในพื้นที่สาธารณะ การกำหนดเวลาเข้าออกบ้าน การกักตัวเองภายในบ้านพัก การจำกัดการสัญจรทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ จดรวมตัวในพื้นที่สาธารณะ และปิดสถานศึกษาเป็นการชั่วคราว และยังเป็นการเปิดทางให้กับรัฐบาลติดตามความเคลื่อนไหวพฤติกรรมของประชาชนอย่างใกล้ชิดเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม ถึงจะเป็นมาตรการสร้างความปลอดภัยให้กับส่วนรวมควบคุมการระบาดได้ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคคลถูกจำกัด นอกจากมาตรการปิดประเทศหรือปิดเมือง (Lock Down) แล้ว มาตรการรณรงค์ให้ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสช่วยป้องกันการติดเชื้อหากได้รับเชื้อในอนาคต ซึ่งวัคซีนอาจไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ทุกคน แต่พบว่าสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก มีการคิดค้นวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยหลายบริษัทผู้ผลิต และหลายรูปแบบ วิธีการผลิตวัคซีนหรือที่มาของวัคซีนมีหลายวิธีการแต่ทั้งหมดคือให้ต่อต้านไวรัสโคโรนาซาร์โควี-2 (SAR-CoV-2) ไม่ให้เข้าสู่ร่างกายเพื่อไปก่อโรคได้ โดยที่ไวรัสจะมีส่วนที่เป็นไกลโคโปรตีนยื่นออกจากเซลล์เรียกว่า สไปค์ (Spike) จะไปจับกับตัวรับ (Receptor) ที่อยู่บนเซลล์ในร่างกาย เช่น ที่ทางเดินหายใจหรือลำไส้ เมื่อจับกันแล้วไวรัสก็จะเข้าสู่ร่างกายและไปก่อโรค โดย 4 วิธีการที่มีการผลิตมากที่สุด ได้แก่ 1) Messenger RNA (mRNA) vaccine 2) Viral Vector 3) Inactivated Virus Vaccine และ 4) Protein Subunit Vaccine⁽⁷⁾ โดยประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีน เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงวัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุด และเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ลดอุบัติการณ์ความรุนแรงและเสียชีวิตจากโรค โดยวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยในช่วงต้นปี 2564 มี 2 ชนิด คือ 1) วัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แอสตราเซนเนกา (COVID-19 Vaccine Astra Zeneca) เป็นวัคซีนแบบ Viral Vector และ 2) วัคซีนโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 CoronaVac หรือ Sinovac COVID-19 vaccine เป็นวัคซีนเชื้อตาย (Inactivated Vaccine) จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 31 ธันวาคม 2564 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย เข็มที่ 1 สะสม 51,410,504 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 เข็มที่ 2 สะสม 46,319,204 คน คิดเป็นร้อยละ 66.4 และเข็มที่ 3 สะสม 7,430,561 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6⁽⁸⁾

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบปัญหาจากการระบาดของสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเศรษฐกิจของประเทศซึ่งการศึกษาการประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของภาครัฐเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ โดยเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญในการบริหารจัดการและการตัดสินใจในการควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังการระบาดของโรคในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อศึกษาการประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย และเนื่องด้วยยังไม่พบการศึกษาการวิเคราะห์การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคของภาครัฐกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย เพื่อชี้ให้เห็นถึงพื้นที่ที่สามารถเป็นแนวทางในการวางแผน ควบคุม ประเมิน ป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนป้องกันและกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่และในประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) รูปแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว โดยมีการวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้ Intervention (Simple Interrupted Time Series or One-group Time Series)

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ 2563 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 2,223,435 คน⁽³⁾

- เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับวินิจฉัยทางการแพทย์ และได้บันทึกในฐานข้อมูล <https://ddc.moph.go.th> ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ 2563 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2564

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ข้อมูลที่ไม่ระบุถิ่นที่อยู่อาศัย ระบุจังหวัดให้ครบถ้วน ดังนั้นจากเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,219,413 คน

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ซึ่งสามารถแบ่งออกตามแหล่งข้อมูลได้ 3 แหล่ง ดังนี้

แหล่งที่ 1 คือ ข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ 2563 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2564 ข้อมูลนำมาวิเคราะห์เป็นจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แหล่งที่มา <https://ddc.moph.go.th>

แหล่งที่ 2 คือ ข้อมูลมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย มาตรการปิดเมือง (Lock Down) ของกระทรวงมหาดไทยปี 2563 ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นช่วงเวลาการเริ่มบังคับใช้กฎหมายมาตรการปิดเมือง คือ เดือนเมษายน 2563 แหล่งที่มา <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>

แหล่งที่ 3 ข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ข้อมูลนามาวิเคราะห์ ช่วงเวลาร้อยละของประชากรไทยที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 1 ช่วงร้อยละ 60 คือเดือนตุลาคม 2564 แหล่งที่มา <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19>

• Intervention ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ให้ Intervention ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสามารถวิเคราะห์เป็นรายปี ดังนี้

- ปี 2563 Intervention คือ มาตรการปิดเมือง (Lock Down) โดยอาศัยอำนาจการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ซึ่งนายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงให้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร⁽⁶⁾ เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ปี 2563

- ปี 2564 Intervention คือ ประเทศไทยมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยได้ให้วัคซีนเข็มที่ 1 ครอบคลุมประชากรไทยกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 60 ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในประชากรตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี 2564

• สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้น (Segmented linear regression) โดยการวิเคราะห์แบบอนุกรมเวลาที่ใช้สมการถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นนำเสนอผลด้วยค่าเฉลี่ยและช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ตัวแปรเวลา (Time variable) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรผลลัพธ์ภายในแต่ละช่วง และตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้น⁽⁹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นแบบถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นที่ได้รับมาตรการเพียงครั้งเดียว สามารถเขียนได้ดังนี้

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \text{time} + \beta_2 \text{intervention} + \beta_3 \text{time after intervention} + e_t$$

โดยที่ Y_t คือ อัตราการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย

Time คือ ตัวแปรต่อเนื่องที่แสดงเวลาที่ t จากจุดเริ่มต้นของระยะการสังเกตในเดือนเมษายนปี 2563 และเดือนตุลาคมปี 2564 โดยช่วงเวลาที่วัดเป็นรายเดือน Intervention คือ ได้รับมาตรการปิดเมืองและมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ เวลา t (ก่อนได้รับมาตรการมีค่าเป็น 0 หลังได้รับมาตรการมีค่าเป็น 1)

Time after intervention คือ ตัวแปรต่อเนื่องนับจำนวนเวลาหลังได้รับมาตรการที่เวลา t

β_0 คือ ค่าพื้นฐานอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ เวลาที่ 0

β_1 คือ แนวโน้มอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนได้รับมาตรการ

β_2 คือ การเปลี่ยนแปลงของระดับอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับมาตรการทันที

β_3 คือ การเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังได้รับมาตรการ

e_t คือ ความคลาดเคลื่อน (error term) ที่เวลา t

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 เลขที่ HE652143

ผลการวิจัย

• มาตรการปิดเมือง (Lock Down)

การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยต่อมาตรการปิดเมืองปี 2563 โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อแสนประชากร โดยผู้วิจัยได้เริ่มประเมิน

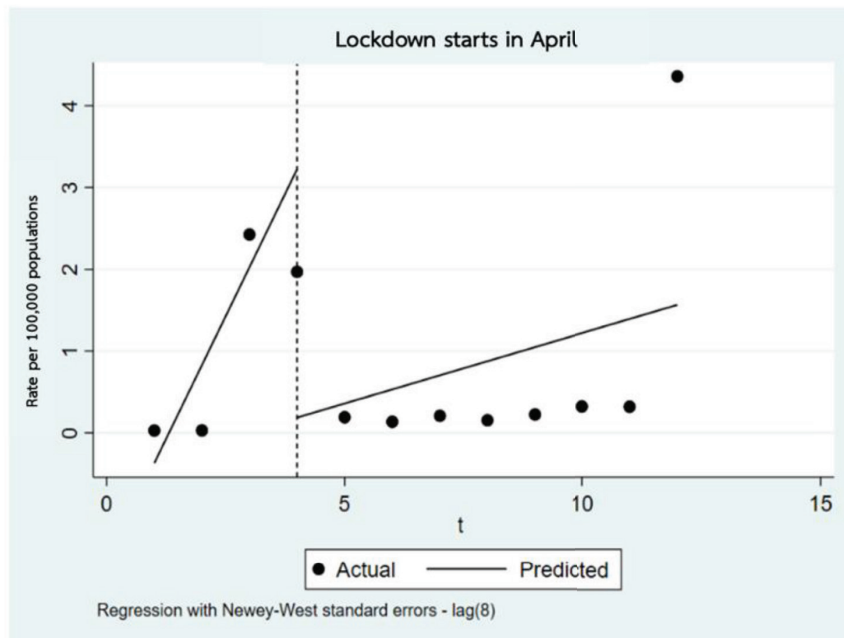
มาตรการปิดเมืองในเดือนเมษายนปี 2563 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาภาพรวมของประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 1.198 ต่อแสนประชากร (95%CI = 0.822 ถึง 1.573) ในทุก 1 เดือน ก่อนได้รับมาตรการปิดเมือง (Preintervention trend: β_1) และพบว่าหลังได้รับมาตรการปิดเมือง 1 เดือน (Immediate level change: β_2) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 3.036 ต่อแสนประชากร

(95%CI = 1.217 ถึง 4.856) และพบว่าหลังได้รับมาตรการปิดเมืองเปรียบเทียบกับก่อนได้รับสิ่งแทรกแซง (trend change: β_3) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 1.025 ต่อแสนประชากร (95%CI = 0.350 ถึง 1.701) และพบว่าแนวโน้มหลังได้รับมาตรการปิดเมือง (Post-intervention trend: $\beta_1 + \beta_3$) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 0.172 ต่อแสนประชากร (95%CI = -0.278 ถึง 0.622) ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงของประสิทธิภาพมาตรการปิดเมืองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563 ของประเทศไทย

Prevention Measure	Preintervention trend : β_1		Immediate level change : β_2		Trend change : β_3		Post-intervention trend : $\beta_1 + \beta_3$	
	Coefficient	p-value	Coefficient	p-value	Coefficient	p-value	Coefficient	p-value
	(95%CI)		(95%CI)		(95%CI)		(95%CI)	
Lockdown	1.198	0.001	-3.036	0.005	-1.025	0.008	0.172	0.403
Overall	(0.822 to 1.573)		(-4.856 to -1.217)		(-1.701 to -0.350)		(-0.278 to 0.622)	



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงของประสิทธิภาพมาตรการปิดเมืองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย

• **มาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

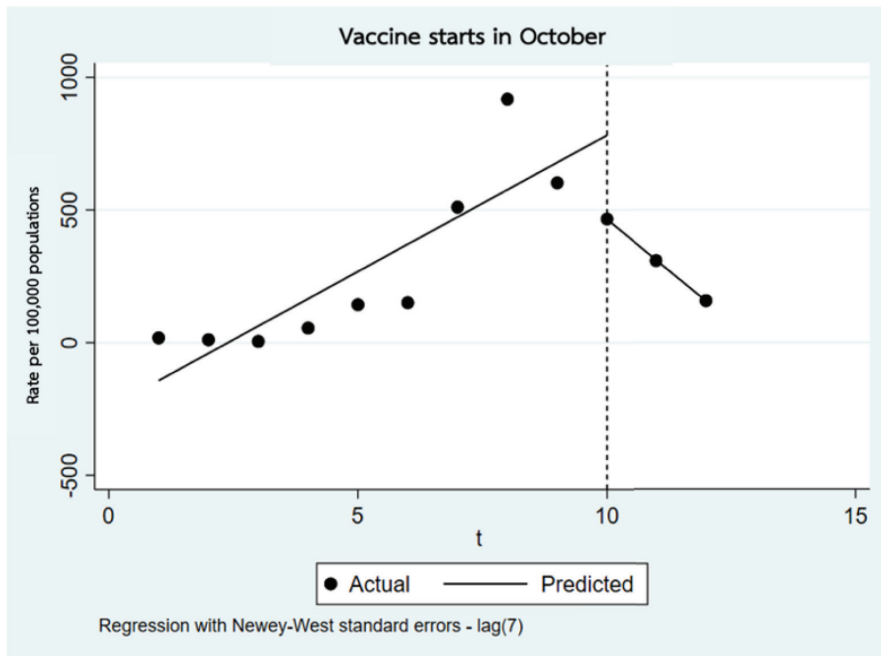
การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยต่อมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อแสนประชากร โดยผู้วิจัยได้เริ่มประเมินมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือนตุลาคมปี 2564 เนื่องจากประชาชนฉีดวัคซีนครอบคลุมเข็มที่ 1 ร้อยละ 60 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาภาพรวมของประเทศไทย พบว่า แนวโน้มก่อนได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Preintervention trend : β_1) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 102.81 ต่อแสนประชากร (95%CI=59.388 ถึง

146.247) ในทุก 1 เดือน และพบว่าหลังได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Immediate level change : β_2) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 317.123 ต่อแสนประชากร (95%CI = 77.856 ถึง 556.390) และพบว่า หลังจากได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบกับก่อนได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Trend change : β_3) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 257.419 ต่อแสนประชากร (95%CI = 213.642 ถึง 301.195) และพบว่า หลังได้รับมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Post-intervention trend : $\beta_1 + \beta_3$) อุตการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 154.601 ต่อแสนประชากร (95%CI = 153.427 ถึง 155.774) ในทุกๆ 1 เดือน ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หัตถถอยแบบแบ่งช่วงของประสิทธิภาพมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 ของประเทศไทย

Prevention Measure	Preintervention trend : β_1		Immediate level change : β_2		Trend change : β_3		Post-intervention trend : $\beta_1 + \beta_3$	
	Coefficient (95 %CI)	p-value	Coefficient (95 %CI)	p-value	Coefficient (95 %CI)	p-value	Coefficient (95 %CI)	p-value
Vaccine								
Overall	102.81 (59.388 to 146.247)	0.001	-317.123 (-556.390 to -77.856)	0.016	-257.419 (-301.195 to -213.642)	0.001	-154.601 (-155.774 to -153.427)	0.001



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงของประสิทธิภาพมาตรการณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย

อภิปรายผล

- มาตรการปิดเมือง (Lock Down)

มาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยต่อมาตรการปิดเมืองปี 2563 โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกวันที่ 31 มกราคม 2563 ซึ่งในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2563 เกิดการระบาดระลอกที่ 1 เป็นคลัสเตอร์สนามมวยจึงประกาศพรก.ฉุกเฉินเพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป นำไปสู่การประกาศปิดประเทศและปิดเมือง (Lock Down) จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับมาตรการปิดเมือง 1 เดือน อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 3.036 ต่อแสนประชากร (95%CI = 1.217 ถึง 4.856) และพบว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับมาตรการปิดเมืองเปรียบเทียบกับก่อนได้รับมาตรการปิดเมือง อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ลดลง 1.025 ต่อแสนประชากร (95%CI = 0.350 ถึง 1.701) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา มาตรการปิดเมืองในอินเดีย พบว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง หลังจากได้รับมาตรการปิดเมืองเปรียบเทียบกับก่อนได้รับมาตรการปิดเมือง ในรอบที่ 1 และ รอบ 4 อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ลดลง 3% และ 11% (95%CI= 2 ถึง 3, 95%CI = 9 ถึง 12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ จะเห็นได้ว่ามาตรการปิดเมือง ทำให้อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง เนื่องจากให้ประชาชนอยู่ภายในที่พักอาศัย ห้ามออกไปรวมกลุ่มมดกกิจกรรมในพื้นที่สาธารณะข้างนอก ให้ทุกคนเว้นระยะห่าง และกักตัว หากเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงให้ออกจากที่พักเฉพาะเหตุจำเป็น สถานศึกษาถูกสั่งปิดชั่วคราว โดยใช้ระบบการเรียนการสอนออนไลน์ สถานที่ทำงานให้ Work from home ส่วนร้านอาหารกำหนดเวลาเปิดปิดปิดสถานบันเทิงต่างๆ โดยเน้นมาตรการส่วนบุคคล

อย่างเข้มข้น ซึ่งจากการศึกษาของประเทศอินเดีย มาตรการปิดเมืองในอินเดีย พบว่า การใช้บริการห้างสรรพสินค้า ร้านขายของชำ และร้านขายยา การเดินทางมาสวนสาธารณะ สถานที่ขนส่ง และการเดินทางมาทำงานลดลง 73.4, 51.2, 46.3, 66.0 และ 56.7% ตามลำดับ โดยประชาชนอาศัยอยู่ในที่พักเพิ่มขึ้น 23.8% เนื่องจากผู้คนส่วนใหญ่อยู่บ้านในช่วงนโยบายปิดเมือง⁽¹¹⁾ ซึ่งมาตรการปิดเมืองเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขที่ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงแล้ว แต่ในด้านเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบโดยตรงอย่างมากจากการรายงานของ World Economic Outlook Report ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการเติบโตของ GDP โลก ซึ่งเกิดภาวะถดถอยทั่วโลก ลดต่ำที่สุดนับตั้งแต่สิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 เศรษฐกิจโลกหดตัวร้อยละ 3.5 ในปี 2563 และกลุ่มประเทศอาเซียน GDP หดตัวลงเหลือ ร้อยละ 4.0 ในปี 2563 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกได้สร้างผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานและการค้าระหว่างประเทศทั่วโลก เนื่องจากการปิดพรมแดน และการห้ามเคลื่อนย้ายผู้คน ทำให้การท่องเที่ยวหยุดชะงัก อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และคนหลายล้านคนต้องเผชิญกับโอกาสที่จะตกงาน รัฐบาลทุกประเทศได้ออกมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจอย่างเข้มข้น เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรง⁽¹²⁾ จากการรายงานการสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านเศรษฐกิจ ช่วงวันที่ 23 เมษายน 2563 ถึง 17 พฤษภาคม 2563 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มากกว่าครึ่งมีรายได้ลดลง และ ร้อยละ 33 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 มีหนี้สินในระบบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.5 ตกงาน/เลิกจ้าง ร้อยละ 69.7 ได้รับผลกระทบด้านอาชีพและการจ้างงาน อีกทั้งผู้ประกอบการรายเล็กได้รับผลกระทบโดยยอดขายลดน้อยลง ร้อยละ 21.8 และ ร้อยละ 12.6 ต้องปิดกิจการ ในขณะที่ ร้อยละ 12.9 โดนพักงานหรือเลิกจ้างโดยไม่ได้เงิน นอกจากนี้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนที่มีต่อกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม ได้แก่ เด็กเล็ก คนพิการ และผู้ป่วย

ได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางมากจะได้รับผลกระทบด้านรายได้ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่เปราะบางน้อย มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่า และมีหนี้สินมากกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มเปราะบางส่วนมากจะมีหนี้ในระบบน้อยกว่าครัวเรือนที่ไม่มีกลุ่มเปราะบาง⁽¹³⁾ นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้มีมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจต่างๆ ออกมาเป็นระยะเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน เช่น มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงและทางอ้อมระยะ 1-3 มาตรการบรรเทาผลกระทบต่อประชาชนและผู้ประกอบการธุรกิจ เช่น โครงการเราชนะ คนละครึ่ง เป็นต้น เพื่อช่วยเหลือดูแลค่าครองชีพ การดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง เช่น การลดอัตราดอกเบี้ย เป็นต้น อีกทั้งเพื่อเป็นการลดผลกระทบของการว่างงานยังมีโครงการจ้างงานระยะสั้นของภาครัฐ (Public work) เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น โครงการสร้างงานชั่วคราว พร้อมกับการฝึกฝนปฏิบัติงานจริงของกระทรวงการอุดมศึกษาฯ จำนวน 1 หมื่นอัตรา โครงการจ้างงานในระดับชุมชนของกรมชลประทานอีกกว่า 8 หมื่นอัตรา เป็นต้น

• มาตรการณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มาตรการป้องกันควบคุมโรคกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยต่อมาตรการณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 โดยในช่วงแพร่ระบาดระลอกที่ 3 มีการกระจายของเชื้ออย่างรวดเร็วขึ้นในช่วงที่ประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาในช่วงเทศกาลสงกรานต์ และประเทศไทยมีนโยบายการให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ซึ่งระยะที่ 1 เมื่อมีวัคซีนปริมาณจำกัดโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และ 7 กลุ่มโรคประจำตัว และระยะที่ 2 เมื่อมีวัคซีนมากขึ้นและเพียงพอ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนทั่วไป⁽¹⁴⁾ และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัส

โควิด 2019 ที่สำคัญคือการไม่ได้รับวัคซีน มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยได้ฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ครอบคลุมประชากรไทยอย่างน้อยร้อยละ 50 ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 รวมทั้งนโยบายต่างๆ จากภาครัฐอย่างเข้มข้น เช่น มาตรการส่วนบุคคล มาตรการ VUCA (Vaccine; V, Universal Prevention; U, COVID Free Setting; C, Antigen Test Kit; A) จากมาตรการการฉีดวัคซีนและมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดจากภาครัฐ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศไทยลดลงในช่วงเดือนกันยายน 2564 จากผลการศึกษาพบว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับวัคซีนและมาตรการต่างๆ จากภาครัฐเปรียบเทียบกับก่อนได้รับวัคซีนและมาตรการต่างๆ จากภาครัฐ อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 257.419 ต่อแสนประชากร (95%CI = 213.642 ถึง 301.195) ซึ่งจากผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังจากได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 มีภูมิคุ้มกันป้องกันโรค ร้อยละ 38 (95%CI = 26 ถึง 48) มีระยะเวลาภายหลังรับวัคซีนเข็มสุดท้าย 34-68 วัน และหลังจากได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 มีภูมิคุ้มกันป้องกันโรค เป็นร้อยละ 67 (95%CI = 60 ถึง 72) มีระยะเวลาภายหลังรับวัคซีนเข็มสุดท้าย 49-90 วัน และหลังจากได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 มีภูมิคุ้มกันป้องกันโรค เป็นร้อยละ 92 (95%CI = 88 ถึง 95) มีระยะเวลาภายหลังรับวัคซีนเข็มสุดท้าย 18-81 วัน และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง คือเป็นผู้มีโรคเรื้อรัง (Adjusted odds ratio = 2.7) และผู้สูงอายุ (Adjusted odds ratio = 8.5) และพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับวัคซีนมาก่อน จะมีการเพิ่มสูงขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันโรค ที่มีค่ามัธยฐานที่สูงกว่า 800 BAU/ml ซึ่งเป็นระดับที่หยุดยั้งไวรัสสายพันธุ์เดลต้าได้ร้อยละ 80 ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ และสูงสุดที่ 2 เดือน จากนั้นจะลดลงตามลำดับ⁽¹⁵⁾ ดังนั้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถลดการแพร่ระบาด ลดความรุนแรงของอาการ และลดการเสียชีวิตได้ วัคซีนจึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยควบคุม

การระบาดของโรค และช่วยปกป้องให้ผู้คนปลอดภัยจากโรคนี้ได้

สรุปผล

การบังคับใช้กฎหมายรวมถึงมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากภาครัฐอย่างเคร่งครัด โดยที่ประชาชนให้ความร่วมมืออย่างดี โดยเฉพาะมาตรการปิดเมืองปี 2563 และมาตรการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 ของประเทศไทย ทำให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย แต่ก็อาจส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ด้านร่างกายและสุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการศึกษาและด้านการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงโรคอุบัติใหม่ เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. การบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะนโยบายปิดเมือง มีประสิทธิผลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งลดอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน แต่ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการกำหนดนโยบายในการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ ควรบูรณาการในทุกภาคส่วน เพื่อลดผลกระทบในทุกมิติ เพื่อประโยชน์ของประเทศไทยต่อไปอย่างยั่งยืน
2. การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงความตระหนักในการป้องกันตนเองของประชาชนมีประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นควรส่งเสริม สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ตระหนักถึงการป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณานำเสนอแนะข้อมูลในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 24]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 31]. Available from: <https://covid19.who.int>
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no728-311264.pdf>
4. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PD-F/2563/E/048/T_0001.PDF.
5. กรมควบคุมโรค. คำแนะนำสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 สำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
6. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/055/T_0001.PDF.
7. WHO. Status of COVID-19 Vaccines within WHO EUL/PQ evaluation process [Internet]. 2021 [Cited 2021 March 1]. Available from: https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_01March2021.pdf
8. กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ฐานข้อมูล MOPH Immunization Center [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19>
9. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther. 2002; 27(4): 299-309.
10. Thayer WM, Hasan MZ, Sankhla P, Gupta S. An interrupted time series analysis of the lockdown policies in India: a national-level analysis of COVID-19 incidence. Health policy Plan. 2021; 36(5): 620-9.
11. Saha J, Barman B, Chouhan P. Lockdown for COVID-19 and its impact on community mobility in India: An analysis of the COVID-19 Community Mobility Reports, 2020. Children Youth Serv Rev. 2020; 116: 105160.
12. United Nations. World Economic Situation and Prospects [Internet]. 2021 [cited 2021 May 22]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-july-2021-briefing-no-151>

13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ittdashboard.nso.go.th/covid19_report_eco.php
14. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
15. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยิ่ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ์ ดันตยวงศ์, อารยา ศรีธธาพุทธ, พรรณศิริ ดำรงเลิศ, พีร์ จารุอำพร. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1). [รายงานการวิจัย]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.

การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น : ประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผลการบริหาร แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

Performance Evaluation of The Dengue Preventing and Controlling of Village Health Volunteers at High-risk Area of Ban Haet District, Khon Kaen Province : An Application Results Based Management Approach

บุญทนกร พรหมภักดี ปร.ด. (การวัดและประเมินผลทางการศึกษา) Boontanakorn Prompukdee Ph.D. (Educational Measurement and Evaluation)

วิภาพร ต้นภูเขียว วท.ม. (กีฏวิทยา)

Vipaporn Tonphukhiaw M.Sc. (Entomology)

จุลจิลา หินจำปา ส.ม. (ระบาดวิทยา)

Junjila Hinjumpa M.P.H. (Epidemiology)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: February 7, 2024

Revised: March 4, 2024

Accepted: March 16, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านผลผลิต ผลกระทบ และผลลัพธ์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อสม. ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเปี้ย และโรงพยาบาลส่งเสริม ตำบลโนนสมบูรณ์ จำนวน 186 คน และประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ จำนวน 704 คน เครื่องมือวิจัยการวิจัย มี 2 ฉบับ คือ 1) ฉบับสำหรับ อสม. ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม และ 2) ฉบับสำหรับประชาชน ประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติตน การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ย 53.15 สมรส ร้อยละ 81.7 จบประถมศึกษา ร้อยละ 51.1 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.5 รายได้เฉลี่ย 4,253.81 บาท/เดือน (300-50,000 บาท/เดือน) และปฏิบัติงาน อสม. เฉลี่ย 13.52 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างประชาชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 54.00 ปี สมรส ร้อยละ 71.3 จบประถมศึกษา ร้อยละ 63.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.6 รายได้เฉลี่ย 5,416.83 บาท/เดือน การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ด้านผลผลิต อสม. มีความรู้ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง การปฏิบัติงานของ อสม. ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนระบาด ระยะระบาด และระยะหลังการระบาด อยู่ในระดับมากที่สุด ทักษะเกี่ยวกับดำเนินงาน อยู่ในระดับดี และความพึงพอใจ อยู่ระดับ มากที่สุด ด้านผลลัพธ์ ประเมินความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรม การป้องกันตนเองของประชาชน อยู่ในระดับดี ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมของประชาชนภาพรวมอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของ อสม.

อยู่ในระดับมาก และการประเมินผลกระทบจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสำรวจเดือนมกราคม-เดือนธันวาคม 2563 ค่า HI (House Index) และ CI (Container Index) เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ค่า HI < 5 และ ค่า CI = 0) และอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-24 และมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าค่ามัธยฐานในช่วงสัปดาห์ที่ 37-52

คำสำคัญ: การประเมินผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aims to study performance evaluation of the dengue preventing and controlling of village health volunteers at Ban Haet District Khon Kaen Province. This evaluation study is between October 2020 to September 2021. Data was recorded with a questionnaire, Knowledge questionnaire, House Index (HI) and Container Index (CI). The examples in this study were village health volunteers 186 persons and people over aged 15 years 704 persons. Data were analyzed by descriptive statistics, the result revealed that mostly were female 90.9%, the mean age was 53.15 years, mainly engaged in agriculture same as the populations that mostly were female 68.2%, the mean age was 54.0 years. The productivity of dengue prevention and control operations was assessed from 1) the knowledge of dengue fever and self-prevention of village health volunteers was high level 58.1% median level 41.9% 2) Operations of the village health volunteers all 3 periods (pre-epidemic period, epidemic period, and post-epidemic period) was at the highest level with an average of 4.51-4.67. 3) Attitudes about dengue prevention and control were at a good level 64.0%. The outcomes of public assessments include 1) the knowledge of dengue fever and self-prevention was median level. 2) Most of the people had good self-protection behaviors from dengue fever, 88.4% 3) Participation of the people in the prevention and control of dengue fever in all 4 components are searching for problems and causes of disease, planning, prevention and control, and monitoring and evaluation, the overall at is the high level. And 4) Complacence of the people in the prevention and control of dengue fever form the village health volunteers at is the high level 46.4% the highest level 33.5% and the impact evaluated form House Index (HI) and Container Index (CI) the survey results throughout the 1-year period. Not more than the criteria set by the Ministry of Public Health. And 2) Data on the number of patients compared to the median for the past 5 years showed that during weeks 1-24, the number of patients was higher than the median and began to decline below the median during 37-52 weeks from the results of the performance assessment of village health volunteers in Ban Haet District Khon Kaen Province. It was found that people still lack knowledge and understanding about dengue vectors. Therefore, a model for transferring knowledge about important disease vectors should be developed to enable the public to understand and realize the severity of dengue hemorrhagic fever leading to sustainable prevention and control of dengue hemorrhagic fever.

Keywords: Performance evaluation, Village Health Volunteer, Dengue Preventing and Controlling

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) จัดอยู่ใน Family Flaviviridae เป็นอนุภาครูปทรงกลม มีทั้งหมด 4 serotypes คือ DEN-1 ถึง DEN-4 มียุงลาย *Aedes spp.* เป็นพาหะนำโรค โดยเฉพาะยุงลายบ้าน *Aedes aegypti* และยุงลายสวน *Aedes albopictus*⁽¹⁾ เกิดการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ.2497 และในปี พ.ศ.2501 ระบาดครั้งแรกในประเทศไทยและแพร่กระจายไปทั่วประเทศในเวลาต่อมา จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อมาโดยแมลงในการใช้ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก มีเป้าหมาย คือ 1) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี (ค่ามัธยฐาน ปี 2559-2563) 2) อัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0 3) สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 28 วัน ของแต่ละเหตุการณ์ ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน 4) ค่าดัชนีลูกน้ำตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน 5) ได้รับการควบคุมและสอบสวนโรคครบถ้วนทันเวลาร้อยละ 100 6) ทำ Dead case conference ร้อยละ 100 ของผู้เสียชีวิต⁽²⁾ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดนโยบายและเสนอแนะให้ทุกประเทศมีการประยุกต์ใช้มาตรการอย่างจริงจังเพื่อลดปัญหาการติดเชื้อไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรการ การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management-IVM) โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย 1) การเลือกสรรวิธีการควบคุมพาหะนำโรคภายใต้ความรู้ทางชีววิทยา การแพร่เชื้อ และอัตราการเกิดโรค 2) การดำเนินการโดยใช้วิธีการหลายวิธีที่สอดคล้องกัน 3) การร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนราชการอื่น ๆ องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบจากแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค 4) มีข้อตกลงภายในชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่องานควบคุมพาหะนำโรค 5) ดำเนินการภายใต้แนวทางสาธารณสุขและกฎหมาย 6) ใช้สารเคมีในการกำจัดแมลงพาหะอย่างเหมาะสม และ 7) การบริหารจัดการที่ดี ดังนั้น การป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงอุตสาหกรรม ในการร่วมกันประสานนโยบายและแผนการปฏิบัติงานการควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽³⁾ โดยทุกฝ่ายต้องมุ่งแก้ไขที่ต้นเหตุของการแพร่กระจายโรค คือ ยุงลาย ที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกซึ่งวิธีที่สำคัญ คือ การกำจัดยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จากความร่วมมือของทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังคงทำหน้าที่หลักในการกำจัดและควบคุมพาหะนำโรค เช่น การใส่ทรายที่มีฟอสการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการสื่อสารแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย แต่ประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ไม่มีความยั่งยืน จึงทำให้มีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในทุกๆ ปี⁽⁴⁾

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่ามีอัตราป่วย 186.86, 84.17, 70.13, 111.53 และ 172.62 ตามลำดับ (ต่อประชากรแสนคน) และอัตราป่วยตาย 0.09, 0.09, 0.12, 0.13 และ 0.11 ตามลำดับ (ต่อประชากรแสนคน)⁽⁵⁾ เขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) มีอัตราป่วย 81.09, 44.63, 25.47, 51.18 และ 123.32 ตามลำดับ (ต่อประชากรแสนคน) และอัตราป่วยตาย 0.02, 0.00, 0.00, 0.04 และ 0.00 ตามลำดับ (ต่อประชากรแสนคน) ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2563⁽⁶⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราป่วยตายของโรคไข้เลือดออกยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปี สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมไม่เต็มที่เท่าที่ควร อีกทั้งการติดเชื้อไวรัสเดงกีไม่มียารักษาเฉพาะ โดยผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มเด็กอายุระหว่าง 5-14 ปี

(เด็กช่วงวัยอนุบาลและประถมศึกษา) มากถึงร้อยละ 71⁽⁶⁾

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการตามมาตรการหลักและแนวทางในการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) สำรวจลูกน้ำยุงลาย 2) ควบคุมลูกน้ำยุงลาย สนับสนุนการปล่อยปลากินลูกน้ำ และใส่ทรายที่มีฟอส 3) ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยการณรงค์กำจัดขยะมูลฝอย 4) พ่นสารเคมีกำจัดตัวเต็มวัยยุงลาย 5) ให้รู้สุขภาพประชาชน และ 6) ฝึกระวังผู้ป่วยในชุมชน แต่ยังพบจำนวนผู้ป่วยของโรคไข้เลือดออกทุกปี โดยในปี 2562 พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยสูงถึง 59 ราย สูงกว่าในปี 2559-2561 ที่พบผู้ป่วยเพียง 2 ราย ประกอบกับข้อมูลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน หรือ House Index (HI) ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย พบว่า ค่า HI เกินมาตรฐานเกือบทุกหมู่บ้าน (HI >10) จากการดำเนินงานผ่าน อสม. เป็นกลไก สำคัญในการสร้างความร่วมมือป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีกรวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลายเรื่อง อาทิเช่น มีการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการด้วยภาครัฐ มีการประสานงานกันน้อย บทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วนไม่ชัดเจนจึงส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการสนับสนุนทรัพยากร การสื่อสารการเกิดโรคยังไม่สามารถรับรู้ได้พร้อมเพรียงกัน อีกทั้งประชาชนขาดความร่วมมือ และไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ภาพรวมของอัตราผู้ป่วยลดลงเหลือ 106.32 ต่อแสนประชากร จาก 460.23 ต่อแสนประชากร และไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก Second generation⁽⁷⁾ มีการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ตำบลเครื่องอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัจจัยเสี่ยง 2) การจัดตั้งทีมรวมพลัง

ป้องกันภัยคุกคามสุขภาพโดยชุมชนช่วยกันจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย 3) การประกวดบ้านและโรงเรียนสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก 4) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกรูปแบบ และ 5) การประเมินผล พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากอบรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และแกนนำชุมชนทำหน้าที่หลักในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินงานของศิริชัย กาญจนวาสี ได้เสนอแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผลผลิต ผลกระทบ และผลลัพธ์⁽⁹⁾ ซึ่งแนวทางการประเมินดังกล่าวมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำหลักในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผลการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะได้ข้อมูลผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (IVM) เพื่อปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตลอดจนเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของ อสม. และประชาชน โดยดึงศักยภาพหน่วยงานในท้องถิ่นทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เกิดความร่วมมือนำไปสู่การลดการป่วย การตายจากโรคไข้เลือดออก ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ขอบเขตการวิจัย

ด้านเนื้อหา: ดำเนินการประเมินผลดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และด้านผลกระทบ

ด้านสถานที่และเวลา: ดำเนินการศึกษาในพื้นที่เสี่ยงสูงของอำเภอบ้านแฮด ได้แก่ รพ.สต.ขามเปี้ย และ รพ.สต.โนนสมบูรณ์ อ. บ้านแฮด จ.ขอนแก่น ระยะเวลาทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

ประชากรศึกษา: มี 2 กลุ่ม คือ 1) อสม. ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ขามเปี้ย จำนวน 78 คน และ รพ.สต.โนนสมบูรณ์จำนวน 108 คน รวมทั้งสิ้น 186 คน และ 2) ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่จริงในพื้นที่ รพ.สต.บ้านขามเปี้ย จำนวน 3,049 คน และ รพ.สต.โนนสมบูรณ์ จำนวน 3,310 คน รวมทั้งสิ้น 6,359 คน

ขนาดตัวอย่าง: ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดตัวอย่างตามวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling)⁽¹⁰⁾ โดยใช้ค่าสัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชากรบ้านหนองไผ่ ร้อยละ 0.37⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n_{Chu} = n_{SRS} = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \times \text{design effect} = 704$$

การสุ่มตัวอย่าง: เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Cluster Random Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มเลือก รพ.สต.ในพื้นที่โดยเลือกร้อยละ 30 ของ รพ.สต.ทั้งหมด (7 แห่ง) ได้ 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ขามเปี้ย และ รพ.สต. โนนสมบูรณ์ ขั้นที่ 2 ทำการเลือกหน่วยตัวอย่างแบบ Probability Proportional to Size (PPS) คือ สุ่มเลือกขนาดตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในหมู่บ้าน จำนวน 704 คน จากประชากรทั้ง 13 หมู่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 6,359 คน และขั้นที่ 3 สุ่มเลือกประชาชนในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบ่งออกเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ 1. แบบสอบถามสำหรับ อสม. มี 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของ อสม. 2) ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง

ไข้เลือดออก 3) ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4) การปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน 2. แบบสอบถามสำหรับประชาชน มี 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของประชาชน 2) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องไข้เลือดออก 3) ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4) การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 6) ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของ อสม. การหาคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบทุกประเด็นหลักมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) มากกว่า 0.5 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของแอลฟา (Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.93 และข้อคำถามที่เป็นความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71⁽⁹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดกลุ่มความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตน⁽¹²⁾ โดยระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50-79 และระดับปรับปรุง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 จัดกลุ่มของการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจจัดแบ่งตามเกณฑ์เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 3.51-4.50 2.51-3.50 1.51-2.50 และ 1.00-1.50 แปลผลเป็น ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุดตามลำดับ⁽¹³⁾

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. จำนวน 186 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 53.15 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 8.76 ปี สถานะภาพสมรส ร้อยละ 81.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.1 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ร้อยละ 56.5 รายได้เฉลี่ย 4,253.81 บาท/เดือน ในครอบครัวมีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 11.80 โดย อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.52 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของประชาชนจำนวน 704 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 54.0 ปี (S.D. = 13.89) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.6 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,416.83 บาท/เดือน มีเพียง ร้อยละ 2.0 ที่เป็นผู้สูงอายุ และสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 0.4 โดยในครอบครัวของประชาชนส่วนใหญ่ มีประวัติป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเพียง ร้อยละ 4.4

2. การประเมินผลผลิตของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ของกลุ่ม อสม. ในพื้นที่เสี่ยงสูงอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 โดยข้อคำถามที่มีตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคไข้เลือดออกเกิดจากการถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสกัด (ร้อยละ 100) โรคไข้เลือดออกมักเกิดการระบาดในช่วงฤดูฝน อาการไข้สูง ($>38.5^{\circ}\text{C}$) นาน ปวดศีรษะ หน้าแดง เบื่ออาหาร อาเจียน และมีจุดแดงตาม แขน ขา ลำตัว เป็นอาการของผู้ป่วยไข้เลือดออก มาตรการ “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค” เป็นมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 98.9) และการปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัว หรือภาชนะบรรจุที่ไม่มีฝาปิด ช่วยลดจำนวนลูกน้ำยุง (ร้อยละ 98.4) ส่วนข้อคำถามที่ อสม. ตอบผิดมากที่สุด คือ การเจริญเติบโตของยุงลาย แบ่งออก เป็น 4 ระยะ คือ ไข่ ตัวอ่อน ดักแด้ (ตัวมิ่ง) และตัวเต็มวัย และการใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสช่วยกำจัดระยะดักแด้ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=186)

คะแนนความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับความรู้
0-12.4 คะแนน	0	0	ระดับปรับปรุง
12.5-19.9 คะแนน	78	41.9	ระดับปานกลาง
20.0-25.0 คะแนน	108	58.1	ระดับสูง

$\bar{X}$ = 19.78, S.D. = 1.99, คะแนนต่ำสุด 14 และคะแนนสูงสุด 23

ด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ระยะหลังระบาด ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.44) รองลงมาเป็นระยะก่อนระบาด ($\bar{X}$ = 4.65, S.D. = 0.42) และระยะระบาด ($\bar{X}$ = 4.51, S.D. = 0.52)

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. 186 คน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ร้อยละ 64 รองลงมาเป็นทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 36.0 ไม่มี อสม. ที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการประเมินความพึงพอใจของ อสม. ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. มีระดับพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 65.6 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 32.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n = 186)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจระดับน้อยที่สุด	0	0
พึงพอใจระดับน้อย	0	0
พึงพอใจระดับปานกลาง	3	1.6
พึงพอใจระดับมาก	61	32.8
พึงพอใจระดับมากที่สุด	122	65.6

3. ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 704 คน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.2 ส่วนระดับสูงเพียงร้อยละ 33.2 ดังตารางที่ 3
- ผลการวิเคราะห์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่เสี่ยงสูงอำเภอ

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันตนเองของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=704)

คะแนนความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับความรู้
คะแนน 0-8	4	0.6	ระดับปรับปรุง
คะแนน 9-14.3	466	66.2	ระดับปานกลาง
คะแนน 14.4-18	234	33.2	ระดับสูง

$\bar{X} = 13.58$, S.D. = 1.91, คะแนนต่ำสุด 6.0 และคะแนนสูงสุด 18.0

- ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในระดับดีมากถึง ร้อยละ 88.4 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 11.1 และระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 0.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของข้อมูลการปฏิบัติตัวและทัศนคติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=704)

ระดับ	การปฏิบัติตัว		ทัศนคติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	0.6	0	0
ระดับปานกลาง	78	11.1	107	15.2
ระดับดี	622	88.4	597	84.8

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติของประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก พบประชาชน ส่วนใหญ่มีทัศนคติดีมากถึงร้อยละ 84.8 รองลงมาเป็นทัศนคติปานกลางร้อยละ 15.2 และไม่มีประชาชนที่มีทัศนคติไม่ดีในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรค ด้านการวางแผน

ด้านการป้องกันและควบคุมโรค และด้านการติดตามและประเมินผล พบ ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทั้ง 4 ด้าน ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.64-3.81$) ยกเว้นด้านติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D. = 1.26) โดยภาพรวมของการมีส่วนร่วมทั้งหมด 4 ด้าน จัดอยู่ในระดับมาก มีค่า $\bar{X} = 3.61$ (S.D. = 0.98) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น รายด้าน (n=704)

การมีส่วนร่วมของประชาชน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก	3.81	1.13	มาก
ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.64	1.07	มาก
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.65	0.99	มาก
ด้านการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.27	1.26	ปานกลาง
รวม	3.61	0.98	มาก

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนพึงพอใจต่อการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ร้อยละ 46.4 รองลงมา คือระดับมากที่สุดร้อยละ 33.5 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

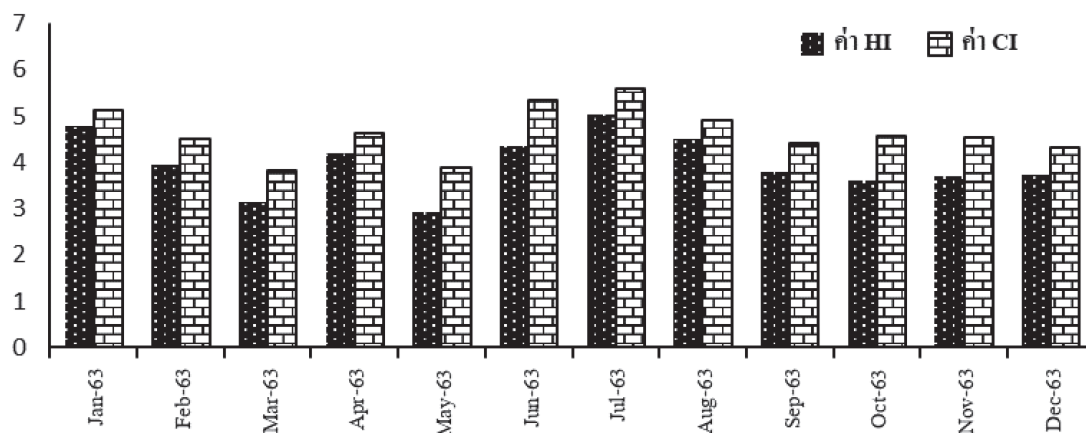
ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจระดับน้อยที่สุด	39	5.5
พึงพอใจระดับน้อย	23	3.3
พึงพอใจระดับปานกลาง	79	11.2
พึงพอใจระดับมาก	327	46.4
พึงพอใจระดับมากที่สุด	236	33.5

4. ประเมินผลกระทบจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของ อสม.

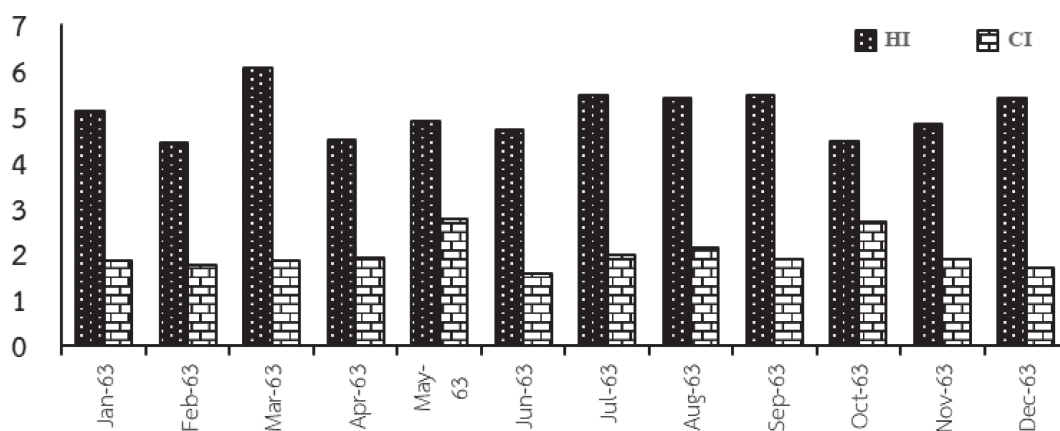
4.1 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

ผลการสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วย ค่า HI (House Index) และค่า CI (Container Index) ของ อสม. ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านขามเปี้ย

(4 หมู่บ้าน) และ รพ.สต. โนนสมบูรณ์ (9 หมู่บ้าน) เป็นประจำทุกสัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2563 พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำทั้งค่า HI และ CI มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยค่า HI ต้องมีค่าน้อยกว่า 5 และค่า CI มีค่าเท่ากับ 0 ทั้ง 2 พื้นที่ ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI และ CI ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเปี้ย อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2563

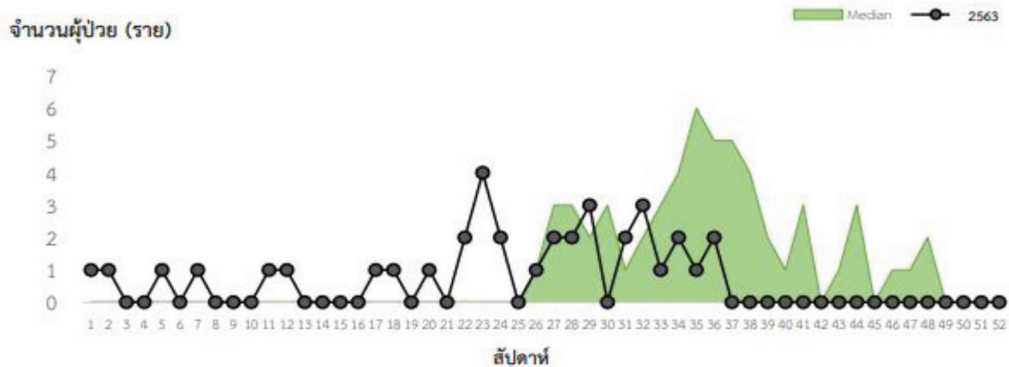


ภาพที่ 2 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI และ CI ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2563

4.2 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ช่วงสัปดาห์ที่ 1-24 มีจำนวนผู้ป่วยสูง

กว่าค่ามัธยฐาน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าค่ามัธยฐานในช่วงสัปดาห์ที่ 37-52 จากผลการประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. ในพื้นที่ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2563

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

1. ด้านผลผลิตของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

ผลการประเมินความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และปัทมา รักแก้ว⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับศึกษาของอติเทพ จินดา⁽¹⁵⁾ และไกรศิลป์ ศิริบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญญา⁽¹⁶⁾ พบ อสม. มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 74.7, 64.8 และ 79.82 ตามลำดับ และด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนระบาด ระยะระบาด และระยะหลังการระบาดอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.69, 4.51 และ 4.64 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของอติเทพ จินดา⁽¹⁵⁾ พบ อสม. มีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อแยกเป็นรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านการเฝ้าระวังโรค ด้านการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ ด้านการควบคุม

การระบาดของโรค และด้านประสานงาน มีระดับการปฏิบัติงานในระดับมาก โดยการทำดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ อสม. ถือว่ามีบทบาทหน้าที่สูง คิดเป็นร้อยละ 71.05 ทั้งด้านการสื่อสารสาธารณสุข การถ่ายทอดความรู้การให้บริการสาธารณสุข การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสาธารณสุข และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และปัทมา รักแก้ว⁽¹⁴⁾ พบ การปฏิบัติงานบริหารจัดการและวางแผนสาธารณสุข ร้อยละ 76.32, 83.33, 47.37, 71.05 และ 57.02 ตามลำดับ และด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิพนธ์ สารรัมย์⁽¹⁷⁾ พบ อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี โดยประเด็นที่มีทัศนคติต่ำคือ เด็กที่ถูกยุงกัดในเวลากลางวัน มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และประเด็นโรคไข้เลือดออกเป็นกับเด็ก

เท่านั้น ผู้ใหญ่ไม่เป็นเพราะว่ามีภูมิต้านทานและผู้ที่ไม่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกได้

2. ด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

ผลการประเมินความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.2 ส่วนระดับสูงเพียงร้อยละ 33.2 สอดคล้องกับการศึกษาของอลงกฎ ดอนละ⁽¹⁸⁾ พบว่าประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ภาวรวมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และพบประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.9 โดยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคไข้เลือดออก และวงจรชีวิตของยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.0 และ 53.1 ตามลำดับ แต่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคไข้เลือดออก และการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องจากการได้รับรู้ข้อมูลส่วนใหญ่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ด้านโรค อาการของโรคมากกว่าต่างจากการศึกษาของพรพรรณ สมินทร์ปัญญา และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.5 ด้านทัศนคติของประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติดีมากถึง ร้อยละ 84.8 รองลงมาเป็นทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 15.2 และไม่มีประชาชนที่มีทัศนคติไม่ดีในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สมินทร์ปัญญาและคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับดี ร้อยละ 82.0 โดยมีแนวคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.1 และ 69.3 ตามลำดับต่างจากการศึกษาของอลงกฎ ดอนละ⁽¹⁸⁾ ทัศนคติของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคายมีทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรม

การป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกของประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในระดับดีมาก ร้อยละ 88.4 สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สมินทร์ปัญญา และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 59.6 แตกต่างจากการศึกษาของ อลงกฎ ดอนละ⁽¹⁸⁾ พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4 ด้าน คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบภาพรวมของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงาน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี วงศ์สุบิน และคณะ⁽²⁰⁾ พบภาพรวมของการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกัน

3. ด้านผลกระทบของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

ผลการการสุ่มสำรวจจากน้ำยุงลายค่า HI และค่า CI ของ อสม. ทั้ง 2 พื้นที่ เป็นประจำทุกสัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2563 พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำทั้งค่า HI และ CI หากเทียบกับเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และพบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-24 มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ยังเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้เนื่องมาจากยังคงมีประชาชนบางส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมของประชาชนค่อนข้างน้อย ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. จากผลการประเมินความรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. และประชาชน ยังพบว่ามีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพาหะนำโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ควรมีการให้สร้างความเข้าใจให้อสม. ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานและรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสื่อสารให้กับประชาชน

2. ผลการประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ยังขาดกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ข้อมูลตามบริบทของพื้นที่

3. ผลการมีส่วนร่วมของประชาชนค่อนข้างน้อยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรพัฒนารูปแบบหรือวิธีการใหม่ ๆ สำหรับการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ร่วมกัน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ นายแพทย์ธีรวัฒน์ วัลย์เสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะให้ความคิดเห็นจนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ บุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล จนผลงานวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ชวลิต เกียรติวิษณุกุล, วัชรินทร์ ศรีสกุล, จิราพร ศรีสกุล. สายพันธุ์ของไวรัสเดงกีในเขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างปีพ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2560; 59 (3): 199-208.

- สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ความเชื่อมโยงนโยบายยุทธศาสตร์ และแผนงานควบคุมโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://slideplayer.in.th/slide/14939084/>.
- สุภาวดี พวงสมบัติ, ธีราวดี กอพยัคฆินทร์, วราภรณ์ เหมะรุจิ, ศรัณรัชต์ ชาญประโคน. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2558.
- บุญล้วน พันธุมจินดา. ปัญหาโรคไข้เลือดออกในบ้านเรา. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2626; 25(3): 175-83.
- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. รายงานประจำปี 2562 กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1vtmSOOp60uLinIBm3XUFmUv-h5vpJznOB/view>.
- กองระบาดวิทยา. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>.
- ศิริลักษณ์ มณีประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของประชาชน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(เพิ่มเติม 2): s309-19.
- นอริณี ตะหวาน, ปิวิตร ชัยวิสิทธิ์, บรรณาธิการ. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบมีส่วนร่วมของชุมชนเขตตำบลเคิ่ง อำเภอยะเอยด จังหวัดนครศรีธรรมราช. เอกสารประกอบการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10; 12-13 กรกฎาคม 2562; ณ ห้องประชุมอาคารคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา: 2562.

9. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
10. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. การคำนวณขนาดตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555; 20(3): 192-8.
11. อธิพร เปรมกม, กนกวรรณ บุญประเชิญ, รัตน์กมล เรืองใส่อง, บุษกร สุตาสุข, โชคชัย กุลเลิศจริยา, ตริตเทศ สุวรรณธรรมา, และคณะ. สัตว์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องเหมาะสม ในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557; 2(4): 77-88.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล. 2540.
14. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, ปัทมา รักเกื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2561; 21(1): 31-39.
15. อติเทพจินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(3): 555-568.
16. ไกรศิลป์ ศิริบุรณ์, ศิริรัตน์ ัญญา. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการทำงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564; 29(1): 129-138.
17. นิพนธ์ สารรัมย์. ศึกษาการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกรวด อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขนครราชสีมา 2561; 4(1): 106-16.
18. อลงกฎ ดอนละ. ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2562; 17(1): 43-55.
19. พรพรรณ สมินทร์ปัญญา, อำไพวรรณ ทุมแสน, สุกัจฉรี มะกรศรี. ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม 2560; 18(35): 37-51.
20. เกศณี วงศ์สุบิน, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559; 33(3): 196-209.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7

Prevalence and Factors Associated with Multidrug-resistant Tuberculosis in Patients with Tuberculosis in Health Region 7th

สุภาพร ทันตา ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Supaporn Tanta M.P.H. (Public Health) *

ธีรศักดิ์ พาจันทร ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Teerasak Phajan Dr.P.H. (Public Health)*

สุทิน ชนะบุญ ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)*

Sutin Chanaboon Ph.D. (Community health development)*

กฤษณ์ ขุนลึก ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค)**

Kris Khunluek Ph.D. (Regional Development Strategies)**

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Sirinthon College of Public Health, Khon kaen

**คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

**Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

Received: October 21, 2023

Revised: December 1, 2023

Accepted: January 18, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใน National Tuberculosis Information Program (NTIP) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistics regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่น 95% Confidence interval (95%CI) และ P-value กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 16,698 คน เป็นเพศชายร้อยละ 68.61 ค่ามัธยฐานของอายุคือ 56 ปี (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 89 ปี) ความชุกของวัณโรคดื้อยาหลายขนานร้อยละ 1.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ เพศชาย $OR_{adj}=1.46$ (95%CI: 1.01 ถึง 2.11, P-value=0.040) การกลับเป็นซ้ำ $OR_{adj}=7.55$ (95%CI: 5.43 ถึง 10.49, P-value<0.001) บริเวณที่พบเชื้อวัณโรคในปอด $OR_{adj}=4.09$ (95%CI: 1.79 ถึง 9.31, P-value=0.001) บริเวณที่พบเชื้อวัณโรคในปอดร่วมกับบนอกปอด $OR_{adj}=9.16$ (95%CI: 2.73 ถึง 30.72, P-value<0.001) การติดเชื้อ HIV $OR_{adj}=1.85$ (95%CI: 1.05 ถึง 3.25, P-value=0.031) โรคประจำตัวเบาหวาน $OR_{adj}=1.59$ (95%CI: 1.09 ถึง 2.32, P-value=0.015)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV มีโรคประจำตัวเบาหวาน และติดตามผู้ป่วยที่มีผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคชนิดในปอด และวัณโรคชนิดในปอดร่วมกับบนอกปอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน วัณโรค ความชุก ปัจจัยเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 7

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to investigate the prevalence and associated factors of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) in tuberculosis patients in the 7th health region, Thailand. Data were collected from pulmonary tuberculosis patients registered in the National Tuberculosis Information Program (NTIP) from October 1, 2017 to September 30, 2020. Statistical analysis included descriptive statistics and multiple logistic regression, presenting Adjusted Odds Ratios (OR_{adj}) with 95% Confidence Intervals (95%CI) and P-values, with a significance level set at 0.05.

The research revealed that the sample group consisted of 16,698 tuberculosis patients, with 68.61% were male, the median age was 56 years (Min = 18, Max = 89). The prevalence of MDR-TB was 1.01%. Factors associated with MDR-TB among pulmonary TB patients in Health Region 7 included male $OR_{adj} = 1.46$ (95% CI: 1.01 - 2.11, P-value = 0.040), relapse $OR_{adj} = 7.55$ (95%CI: 5.43 - 10.49, P-value < 0.001), pulmonary tuberculosis $OR_{adj} = 4.09$ (95%CI: 1.79 - 9.31, P-value = 0.001), combined pulmonary and extra pulmonary tuberculosis $OR_{adj} = 9.16$ (95% CI: 2.73 - 30.72, P-value < 0.001), HIV infection $OR_{adj} = 1.85$ (95% CI: 1.05 - 3.25, P-value = 0.031), and comorbidity with diabetes mellitus $OR_{adj} = 1.59$ (95%CI: 1.09 - 2.32, P-value = 0.015).

Therefore, relevant authorities should conduct proactive community-based screening and case-finding for TB patients, particularly those with a history of treatment failure, HIV co-infection, diabetes mellitus, and focus on monitoring and managing tuberculosis patients, especially those with pulmonary TB, to prevent the emergence of MDR-TB.

Keywords: Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Tuberculosis, Prevalence, Risk factors, Health region 7th

บทนำ

วัณโรคจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* (TB) ซึ่งก่อให้เกิดโรคร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้ ในร่างกายโดยเฉพาะที่ปอดถึงแม้ว่าวัณโรคจะสามารถรักษาและป้องกันได้ แต่ก็ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลกมีเชื้อวัณโรคแฝง และพบว่าประมาณร้อยละ 15.00 ของผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคแฝงจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคตลอดชีวิต⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกถึง 10 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis; MDR-TB) หรือดื้อยา Rifampicin (Rifampicin resistant tuberculosis; RR-TB) 465,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) 815,000 คน และ

มีการเสียชีวิต 1.2 ล้านคน ซึ่งวัณโรคเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก⁽²⁾

องค์การอนามัยโลกจัดกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของวัณโรคสูง ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563⁽³⁾ ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยา ประเทศไทยมีความชุกของ เอชไอวีสูงที่สุดในเอเชียและเอเชียแปซิฟิก คิดเป็นร้อยละ 9.00 ของประชากรทั้งหมด ในภูมิภาคที่ติดเชื้อเอชไอวีแม้ว่าการแพร่ระบาดจะลดลง แต่ความชุกยังคงสูงในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบหลักโดยกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงโดยเฉพาะ⁽²⁾

กรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้าน

วัณโรค พ.ศ. 2560-2564⁽⁴⁾ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ คือ เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและทันสมัย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อการยุติวัณโรค⁽⁴⁾ และเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก Extensively Drug-Resistant Tuberculosis (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 13 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561⁽⁵⁾ มีการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) และได้รับแจ้งระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง 3 มีนาคม พ.ศ. 2564 รวมจำนวน 69 ราย (พ.ศ. 2561 จำนวน 24 ราย พ.ศ. 2562 จำนวน 24 ราย พ.ศ. 2563 จำนวน 16 ราย พ.ศ. 2564 จำนวน 5 ราย) เสียชีวิตจำนวน 14 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.30⁽²⁾

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All form) ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 6,642 6,743 และ 6,569 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) ร้อยละ 84.10 (จากค่าคาดหวังประมาณ 156 ต่อประชากรแสนคน) ร้อยละ 87.20 (จากค่าคาดหวังประมาณ 153 ต่อประชากรแสนคน) และร้อยละ 86.60 (จากค่าคาดหวังประมาณ 150 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ 90) ในส่วนอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 84.80 85.80 และ 83.80 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ 88) สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตและขาดยาเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.20 8.20

และ 9.50 ตามลำดับ อัตราการขาดยาร้อยละ 1.50 1.20 และ 2.90 ตามลำดับ กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีโรคร่วม และอยู่ในระยะของการรักษาแบบเข้มข้นน้อยกว่า 2 เดือนหลังเริ่มยา และในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 75 ราย อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาร้อยละ 41.40 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 70.00 ประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น จำนวน 36 ราย กาฬสินธุ์ จำนวน 15 ราย มหาสารคาม จำนวน 9 ราย และร้อยเอ็ด จำนวน 15 ราย⁽⁶⁾ ซึ่งการรักษาวัณโรคดื้อยา มีความยุ่งยากซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง และผลการรักษาหายน้อยกว่าการรักษาวัณโรคที่มีดื้อยา รวมถึงมีโอกาสแพร่กระจายของโรคในวงกว้าง⁽²⁾ โดยสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้โดยการไอ จาม หรืออาการอื่นๆ เมื่อมีผู้สัมผัสใกล้ชิดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปในปอด ทำให้เกิดการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ โดยผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจะติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาได้ทั้งที่ยังไม่เคยได้รับยาวัณโรค ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่บรรลุตามเป้าหมาย เกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดื้อยาให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน ส่งผลต่ออุบัติการณ์วัณโรคสูงในเขตสุขภาพที่ 7

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น จำเป็นต้องทราบสถานการณ์ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เพื่อเป็นการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนการควบคุมป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป เนื่องจากถ้ามีความชุกผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจะส่งผลต่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้งเพิ่มระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผลการรักษาสำเร็จลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2566 จากข้อมูลทุติยภูมิในระบบ NTIP (National Tuberculosis Information Program) โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคคือยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560–30 กันยายน พ.ศ. 2563 จากรายงานระบบ NTIP และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) จำนวน 20,203 ราย

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ผลการรักษายังไม่สำเร็จ เช่น กำลังรักษา ขาดยา รักษาล้มเหลว ย้ายไปรักษาที่อื่น เสียชีวิตระหว่างการรักษา และอายุต่ำกว่า 18 ปี คัดออกจำนวน 3,505 คน

สรุป ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 16,698 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิในระบบ NTIP ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงทดสอบอำนาจในการทดสอบภายหลังวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคคือยาหลายขนานคือ ตัวแปรการกลับเป็นซ้ำ $OR_{adj} = 7.55$ (95%CI: 5.43 ถึง 10.49, $P\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยใหม่จำนวน 15,677 คน เกิดวัณโรคคือยาหลายขนานร้อยละ 0.72 และกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 1,021 คน เกิดวัณโรคคือยาหลายขนานร้อยละ 5.48 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 1 แสดงถึงขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพียงพอในการทดสอบสมมติฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการส่งออกข้อมูลจากระบบ NTIP ในรูปแบบไฟล์ Excel โดยบัญชีผู้ใช้งานสำนักงานป้องกันควบคุม

โรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2565 กำหนดเงื่อนไขในการส่งออกข้อมูล คือ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ประเภทการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทั้งหมด ประเภทผู้ป่วยวัณโรคในปอดนอกปอด และทั้งในและนอกปอด เชื้อชาติไทย และจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูล NTIP ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการศึกษาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ โรคไตเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา การเคยได้รับการรักษาด้วยวัณโรคมามาก่อน บริเวณที่พบเชื้อวัณโรค การตรวจพบเชื้อวัณโรค ระยะเวลาในการรักษา และส่วนที่ 3 การเกิดวัณโรคคือยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรค

วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องในข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติ นำเสนอ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนข้อมูลที่แจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ วิเคราะห์ทีละคู่ ใช้สถิติ Simple logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ และวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (OR_{adj}) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดซึ่งได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เอกสารรับรองเลขที่ SCPHKK HE 652050 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2565 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูล NTIP ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยระบุข้อมูลที่ได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16,698 คน ส่วนใหญ่พบเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.61 ค่ามัธยฐานของอายุคือ 56 ปี (18 ถึง 89 ปี) ในส่วนของระยะเวลาในการรักษา รักษาน้อยกว่า 24 เดือน ร้อยละ 70.63 ระยะเวลาเฉลี่ย 17.49 เดือน (S.D.= 10.96) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=16,698 คน)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11,456	68.61
หญิง	5,242	31.39
อายุ (ปี)		
≤19 ปี	132	0.79
20 - 39 ปี	2,955	17.70
40 - 59 ปี	6,724	40.27
60 ปี ขึ้นไป	6,887	41.24
Median (IQR) = 56 (23), Min = 18, Max = 89		
ระยะเวลาในการรักษา		
<24 เดือน	11,794	70.63
24 เดือนขึ้นไป	4,904	29.37

Median (IQR) = 17 (17), Min = 0, Max = 56

2. ความชุกวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคเขตสุขภาพที่ 7

พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 16,698 คน เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.01 (95%CI: 0.86 ถึง 1.16) และไม่เป็น

วัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 16,529 คน คิดเป็นร้อยละ 98.99 (95%CI: 98.84 ถึง 99.14) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคปอด เขตสุขภาพที่ 7 (n=16,698 คน)

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน	169	1.01	0.86 – 1.16
ไม่เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน	16,529	98.99	98.84 – 99.14

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7

3.1 ความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ทีละคู่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคได้แก่ เพศชาย OR=1.53 (95%CI: 1.07 ถึง 2.19, P-value=0.020) บริเวณที่พบเชื้อวัณโรคในปอด OR=4.78 (95%CI: 2.11 ถึง 10.83, P-value< 0.001) บริเวณที่พบเชื้อวัณโรคในและนอกปอด OR=9.77 (95%CI: 2.95 ถึง 32.28, P-value< 0.001) โรคประจำ

ตัวเบาหวาน OR=1.50 (95%CI: 1.04 ถึง 2.18, P-value=0.028) การติดเชื้อเอชไอวี OR=1.79 (95%CI: 1.04 ถึง 3.06, P-value=0.033) ผลเสมหะบวก OR=6.07 (95%CI: 3.80 ถึง 9.70, P-value<0.001) การกลับเป็นซ้ำ OR=7.99 (95%CI: 5.76 ถึง 11.08, P-value<0.001) ส่วนอายุ โรคประจำตัว ถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value>0.05) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์ทีละคู่ (n=16,698 คน)

ลักษณะ	จำนวน	ดื้อยา (169 คน)		ไม่ดื้อยา (16,529 คน)		Crude OR	95% CI	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ								
หญิง	5,242	39	0.74	5,203	99.26	1	1	
ชาย	11,456	130	1.13	11,326	98.87	1.53	1.07–2.19	0.020
อายุ (ปี)								
≤ 19 ปี	132	2	1.52	130	98.48	1	1	
20 – 39 ปี	2,955	40	1.35	2,915	98.65	0.89	0.21–3.73	0.876
40 – 59 ปี	6,724	92	1.37	6,632	98.63	0.90	0.21–3.70	0.886
> 60 ปี	6,887	35	0.51	6,852	99.49	0.33	0.08–1.39	0.132
ระยะเวลาในการรักษา								
< 24 เดือน	11,794	116	0.98	11,678	99.02	1	1	
>24 เดือน	4,904	53	98.92	4,851	1.08	1.09	0.79–1.52	0.568

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7
วิเคราะห์ทีละคู่ (n=16,698 คน) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ดื้อยา (169 คน)		ไม่ดื้อยา (16,529 คน)		Crude OR	95% CI	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โรคประจำตัวโรคถุงลมโป่งพอง								
ไม่มี	16,338	166	1.02	16,172	98.98	1	1	0.732
มี	360	3	0.83	357	99.17	0.81	0.26-2.57	
โรคประจำตัวโรคไตเรื้อรัง								
ไม่มี	16,336	168	1.03	16,168	98.97	1	1	0.188
มี	362	1	0.28	361	99.72	0.26	0.037-1.90	
โรคประจำตัวโรคเบาหวาน								
ไม่มี	14,073	132	0.94	13,941	99.06	1	1	0.028
มี	2,625	37	1.41	2,588	98.59	1.50	1.04-2.18	
โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง								
ไม่มี	15,299	157	1.03	15,142	98.97	1	1	0.547
มี	1,399	12	0.86	1,387	99.14	0.83	0.46-1.50	
การติดเชื้อเอชไอวี								
ไม่มี	14,227	143	1.01	14,084	98.99	1	1	0.033
มี	839	15	1.79	824	98.21	1.79	1.04-3.06	
ไม่ทราบผล	1,632	11	0.67	1,621	99.33	0.66	0.36-1.23	
บริเวณที่พบเชื้อวัณโรค								
นอกปอด	2,516	6	0.24	2,510	99.76	1	1	< 0.001
ในปอด	13,963	158	1.13	13,805	98.87	4.78	2.11-10.83	
ในและนอกปอด	219	5	2.28	214	97.72	9.77	2.95-32.28	
ผลเสมหะ (smear)								
เสมหะลบ	6,962	20	0.29	6,942	99.71	1	1	< 0.001
เสมหะบวก	8,491	146	1.72	8,345	98.28	6.07	3.80-9.70	
ไม่ทราบผล	1,245	3	0.24	1,242	99.76	0.83	0.24-2.82	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์ทีละคู่ (n=16,698 คน) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ดื้อยา		ไม่ดื้อยา		Crude OR	95% CI	P-value
		(169 คน)		(16,529 คน)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การกลับเป็นซ้ำ								
ผู้ป่วยใหม่	15,677	113	0.72	15,564	99.28	1	1	
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ	1,021	56	5.48	965	94.52	7.99	5.76-11.08	< 0.001

3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การกลับเป็นซ้ำ $OR_{Adj} = 7.55$ (95% CI: 5.43 ถึง 10.49, P-value<0.001) บริเวณที่พบเชื้อวัณโรคในปอด $OR_{adj} = 4.09$ (95%CI: 1.79 ถึง 9.31, P-value=0.001) และบริเวณที่พบเชื้อวัณโรคใน

และนอกปอด $OR_{adj} = 9.16$ (95%CI: 2.73 ถึง 30.72, P-value<0.001) การติดเชื้อเอชไอวี $OR_{adj} = 1.85$ (95%CI: 1.05 ถึง 3.25, P-value=0.031) โรคประจำตัวเบาหวาน $OR_{adj} = 1.59$ (95%CI: 1.09 ถึง 2.32, P-value=0.015) และเพศ $OR_{adj} = 1.46$ (95%CI: 1.01 ถึง 2.11, P-value=0.040) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วย วัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร (n=16,698 คน)

ปัจจัย	จำนวน	% การเกิดวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน	OR Crude	OR Adj.	95%CI	P-value
การกลับเป็นซ้ำ						
ผู้ป่วยใหม่	15,677	0.72	1	1		
ผู้ป่วยเป็นซ้ำ	1,021	5.48	7.99	7.55	5.43-10.49	<0.001
บริเวณที่พบเชื้อวัณโรค						
นอกปอด	2,516	0.24	1	1		
ในปอด	13,963	1.13	4.78	4.09	1.79-9.31	0.001
ในและนอกปอด	219	2.28	9.77	9.16	2.73-30.72	<0.001
การติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่มี	14,227	1.01	1	1		
มี	839	1.79	1.79	1.85	1.05-3.25	0.031

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วย วัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร (n=16,698 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	% การเกิดวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน	OR _{Crude}	OR _{Adj.}	95%CI	P-value
โรคประจำตัวโรคเบาหวาน						
ไม่มี	14,073	0.94	1	1		
มี	2,625	1.41	1.50	1.59	1.09-2.32	0.015
เพศ						
หญิง	5,242	0.74	1	1		
ชาย	11,456	1.13	1.53	1.46	1.01-2.11	0.040

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยแล้ว สามารถนำมาอภิปรายผลแยกประเด็นได้ดังนี้

ความชุกของวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 16,698 คน เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 1.01 (95%CI: 0.86 ถึง 1.16) และไม่เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 16,529 คน คิดเป็นร้อยละ 98.99 ซึ่งพบว่ามี ความชุกน้อยกว่าระดับประเทศ จากการสำรวจในประเทศไทย ระบุว่าพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน⁽²⁾ ซึ่งแนะนำว่าหากส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคให้ส่งตรวจเพื่อหาเชื้อวัณโรคดื้อยาพร้อมกัน หากเป็นไปได้ควรส่งตรวจ rapid test เพื่อหาการดื้อยาอย่างน้อยที่สุดสำหรับ Rifampicin ในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (primary MDR-TB) สูง (>ร้อยละ 2.00)⁽⁷⁾

การกลับเป็นซ้ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค

และได้รับการวินิจฉัยว่ารักษาสำเร็จ หรือรักษาครบแล้ว ต่อมากลับป่วยเป็นวัณโรคอีก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็น 7.55 เท่าของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ไม่เคยป่วยด้วยวัณโรคมาก่อน (95%CI: 5.43 ถึง 10.49, P-value<0.001) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาศานการณวัณโรคในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561⁽⁸⁾ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบรายปีพบอัตราผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ และจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยา หลายขนานและระยะเวลาเริ่มรักษาวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานในประเทศไทยในช่วงวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ในสูตร Second Line Drug จำนวน 100 ราย พบว่าปัจจัย เคยมีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานเมื่อควบคุมปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ 54.72 เท่า⁽⁹⁾ และจากการศึกษาความชุก และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าการมีประวัติได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนนั้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 22.8 เท่า⁽¹⁰⁾

บริเวณที่พบเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานของผู้ป่วยโรค อย่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยโรคชนิดในปอด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานเป็น 4.09 เท่า ของผู้ป่วยโรคชนิดนอกปอด (95%CI: 1.79ถึง9.31, P-value=0.001) และผู้ป่วยโรคชนิดในและนอกปอด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานเป็น 9.16 เท่า ของผู้ป่วยโรคชนิดนอกปอด (95%CI: 2.73 ถึง 30.72, P-value<0.001)

การติดเชื้อเอชไอวีพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานของผู้ป่วยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรค จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานเป็น 1.85 เท่า ของผู้ป่วยโรคที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี (95%CI: 1.05 ถึง 3.25, P-value=0.031) ซึ่งโรคติดเชื้อมีโอกาสเป็นได้ในผู้ป่วยโรคทุกรายปกติแล้ว จึงมีการแนะนำว่าหากส่งตรวจหาเชื้อโรคให้ส่งตรวจเพื่อหาเชื้อโรคติดเชื้อมาร่วมกัน หากเป็นไปได้ควรส่งตรวจในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อหลายขนาน ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคที่ไม่มีโรคร่วม จึงควรส่งตรวจเอชไอวีทุกราย ที่สงสัยหรือยืนยันแล้วว่าเป็นโรค⁽⁷⁾ และจากการทบทวนรายงานการวิจัยถึง 55 เรื่อง ระหว่าง พ.ศ. 2511 – 2541 พบว่าโรคชนิดติดเชื้อหลายขนานถือได้ว่าเป็นการระบาดลูกที่สาม และอยู่ในระดับภาวะฉุกเฉินของโลกมาตั้งแต่ปี 2536 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อของเชื้อโรค ได้แก่ ประวัติการตรวจพบเชื้อเอชไอวี⁽¹¹⁾

โรคประจำตัวเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานของผู้ป่วยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานเป็น 1.59 เท่า ของผู้ป่วยโรคที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน (95% CI: 1.09 ถึง 2.32, P-value=

0.015) ซึ่งจากการสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อพบว่าการเกิดโรคติดเชื้อแบบปฐมภูมิ เกิดได้ในผู้ป่วยทุกราย โดยอาจรับเชื้อจากต่างพื้นที่ ผู้ป่วย 3 รายเป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีเพิ่มความเสี่ยงต่อเชื้อโรคติดเชื้อ⁽¹²⁾ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดที่ติดเชื้อหลายขนานจำนวน 49 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยติดโรคที่ไม่ติดเชื้อจำนวน 196 ราย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อหลายขนานในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคปอด คือการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงเป็น 1.96 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน $OR_{Adj}=1.96$ (95%CI: 1.02 ถึง 3.85)⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานในผู้ป่วยโรคในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อ 6.74 เท่า (95%CI: 1.97 ถึง 23.07, P-value=0.002)⁽¹⁴⁾

เพศพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานของผู้ป่วยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเพศชาย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหลายขนานเป็น 1.46 เท่า (95%CI: 1.01 ถึง 2.11, P-value=0.040) ซึ่งจากการสำรวจความชุกของโรคในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 โดยการค้นหาผู้ป่วยโรคที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปของประชากรที่เป็นตัวแทนทั่วประเทศ จำนวน 62,536 คน พบมี crude prevalence ของโรคปอดอักเสบ และตรวจพบเชื้อในเสมหะ 227.1 และ 92.7 ต่อประชากรแสนคน และ adjusted prevalence เป็น 234.1 (164.7–303.6) และ 95.1 (39.1 –151.2) ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ พบความชุกในชาย 386.7 ต่อประชากรแสนคนสูงเป็น 2 เท่าของหญิง 113.8 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁵⁾ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อหลายขนานพบว่าเกือบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.89 เป็นเพศชายร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรมีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคทุกราย โดยให้มีผู้ดูแลการรับประทานยา เช่น คนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรม เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

1.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวเบาหวาน ติดเชื้อเอชไอวี เคยรักษาโรควัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคควรมีการดำเนินงาน ตามมาตรการเชิงรุกในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิต ก่อนเริ่มการรักษาควรมีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อคัดกรองการมีโรคร่วม สำหรับวางแผนให้การรักษาที่เหมาะสม

1.3 ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคควรมีการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุมทุกคนและติดตามกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะ เพื่อป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรออกแบบ วิจัยและพัฒนาโปรแกรมหรือ แนวทางการป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน สำหรับผู้ป่วยวัณโรค โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การกลับเป็นซ้ำ บริเวณที่พบเชื้อวัณโรค รวมทั้ง การติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวเบาหวาน เป็นต้น

2.2 ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการเกิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยค้นหากลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการจัดการ สภาพแวดล้อมในชุมชนที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. การบริหารจัดการ ค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB: XDR-TB) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/2gNuo>.
3. WHO. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020 [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/wmx57>.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติ ป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
6. คณะอนุกรรมการป้องกันควบคุมโรควัณโรค. แผนยุทธศาสตร์แผนงานยุติปัญหาโรควัณโร ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2564-2568) ของเขตสุขภาพที่ 7; 2564.
7. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาวัณโรคดื้อยาตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดต่อสมาคมโรคทางออกประเทศสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรคทางเดินหายใจในสหภาพยุโรป ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A919.html>.

8. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์. สถานการณ์วัณโรคประเทศไทย 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/kqzM6>.
9. ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานและระยะเวลาเริ่มรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในประเทศไทย [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
10. ชเลวัน ภิญโญโชติวงศ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2561 14(2): 1-10.
11. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. วัณโรคชนิดดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) คุณภาพประเทศไทยจริงหรือ: ผลการทบทวนรายงานการวิจัย 55 เรื่อง ระหว่าง พ.ศ. 2511 - 2541 [รายงานการทบทวนเอกสารทางวิชาการ]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
12. ทศพร เจริญจิต. การสอบสวนวัณโรคดื้อยาในพื้นที่อำเภอแก้งคร้อ ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2562. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน 2564; 7(1):110-24.
13. สุชาติ ทองแป้น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคปอด. วารสารกรมการแพทย์ 2561; 43(6): 50-6.
14. อภิญญา นาคะพงศ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2561-2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2564; 11(2): 273-89.
15. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติในประเทศไทยปีพ.ศ. 2555-2556. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
16. ณัฐกร จันทนะ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พรณวดี พุฒินนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 2562; 25(3): 296-309.

ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิด การมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี – สปป. ลาว

Effects of Applying The Motivation Theory for Disease Prevention and The Concept of Participation People's Sector in Prevention of COVID-19 Along The Border of Ubon Ratchathani Province - Lao PDR

พนมวรรณ สว่างแก้ว ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

กุลชญา ลอยหา ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)**

สุภาพร ใจการุณ ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Panomwan Sawangkaew M.P.H (Public Health)*

Kulchaya Loyha Ph.D.(Public Health) **

Supaporn Chaigarun Ph.D.(Public Health) **

*Ubon Ratchathani Provincial Health Office

**Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Received: April 10, 2023

Revised: January 25, 2024

Accept: February 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบขนาดตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย- สปป.ลาว กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent sample t-test ที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ

การป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคประสบความสำเร็จ และควรมีการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วมภาคประชาชน การป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวชายแดนไทย – สปป. ลาว

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the applying the motivation theory for disease prevention and the concept of participation people's sector in prevention of COVID-19 along the border of Ubon Ratchathani Province – The Lao People's Democratic Republic (Lao PDR), within and between the experimental and comparison groups. The samples were 68 people divided into an experimental group of 34 people and a control group of 34 people. The experimental group was the group that received the applying the motivation theory for disease prevention and the concept of participation people's sector in prevention of COVID-19 along the border of Ubon Ratchathani Province – Lao PDR. The comparison group received regular health education activities from health officials. Data were collected using a questionnaire between November 2022 to February 2023. Statistical analysis employed frequency, percentage, mean, standard deviation and compare the average of knowledge scores about coronavirus disease (COVID-19), awareness of the risk of disease perception of the severity of the dangers arising from the disease expectations of their own ability to prevent disease expectations for the effectiveness of borderline communicable disease prevention responses and participation in the prevention of communicable diseases along the border before and after receiving the program within the experimental group and comparison group with paired sample t – test to compare the difference in scores between before and after the experiment and Pearson's product moment correlation at the P-value < 0.05 .

The results showed that after the experiment, the experimental group had a higher mean score. including knowledge scores about coronavirus disease (COVID-19), awareness of the risk of disease perception of the severity of the dangers arising from the disease expectations of their own ability to prevent disease expectations for the effectiveness of borderline communicable disease prevention responses and participation in the prevention of communicable diseases along the border Statistically significantly higher than the comparison group and $p < 0.05$. It can be concluded that the application of motivation theory for disease prevention and the concept of public participation in disease prevention enable the public to participate in the disease prevention process successful and should be extended to other areas

Keywords: Disease prevention motivation theory, Public participation, Prevention of coronavirus disease 2019, Border of Thailand – Lao PDR

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of international Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564 พบรายงานผู้ป่วยจากทั่วโลกเป็นผู้ป่วยยืนยัน 246,743,439 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมอยู่ที่ 5,004,370 ราย หายป่วยสะสม 223,259,314 ราย อันดับประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสะสมสูงสุดได้แก่ สหรัฐอเมริกา 46,711,979 ราย อินเดีย 34,259,719 ราย บราซิล 21,793,401 ราย ยูเครน 8,979,236 ราย และ รัสเซีย 8,432,546 ราย⁽¹⁾ ซึ่งตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามความในมาตรา 9 ได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประเทศไทยได้พบข้อมูลการรายงานผู้ป่วย ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564 เป็นผู้ป่วยยืนยันสะสม (ตั้งแต่ 1 เม.ย.64) 1,874,302 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมอยู่ที่ 19,064 ราย หายป่วยสะสม 1,783,875 ราย (EOC CDC Thailand) ข้อมูลการรับวัคซีนแล้วทั้งหมด 74,694,431 โดส เข็มที่ 1 จำนวน 41,924,824 ราย เข็มที่ 2 จำนวน 30,409,329 ราย เข็มที่ 3 จำนวน 2,360,278 ราย⁽²⁾

ด้วยหลักการทางระบาดวิทยาว่าด้วยการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูง และสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ทางอากาศโดยผ่านการสัมผัสและการหายใจ จำเป็นต้องทำการสกัดกั้นทางเดินของโรคและจำกัดขอบเขตการกระจายของโรคให้รวดเร็ว ดังนั้นในพื้นที่ที่มีแนวเขตติดชายแดนที่มีการเดินทางระหว่างสองฝั่งชายแดนได้สะดวกย่อมนำพาการติดต่อของโรคติดเชื้อนี้ได้รวดเร็วเช่นกัน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคต้องทำงานหนักและยากขึ้นกว่าการป้องกันโรคในพื้นที่ชุมชนทั่วไป จากข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยยืนยันสะสม (ตั้งแต่ 1 เม.ย.64)

19,822 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมอยู่ที่ 147 ราย จังหวัดอุบลราชธานีมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน 2 ประเทศ คือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และราชอาณาจักรกัมพูชา มีจุดผ่านแดนถาวร 2 แห่ง จุดผ่อนปรน 6 แห่ง⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีจุดข้ามแดนทางธรรมชาติที่มีการข้ามแดนไปมาระหว่างประชาชนในพื้นที่สองประเทศเพื่อค้าขาย เยี่ยมญาติ และมารับการรักษาพยาบาล ซึ่งในจุดผ่อนปรนยังไม่มีหน่วยให้บริการเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแนวความคิดมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี - สปป. ลาว ซึ่งถ้าหากจะแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืนแล้วจะต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคและสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนเกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแนวความคิดมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี-สปป. ลาว

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำครอบครัว ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอที่ติดชายแดนไทย-ลาว จำนวน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอโขงเจียม อำเภอสรินธร อำเภอพนมทริภังค์ อำเภอนาจะหลวย และอำเภอน้ำยืน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอที่มีผู้ป่วยชาวลาวเข้ามารับการรักษาามากที่สุดคือ อำเภอเขมราฐ และคัดเลือกจากหมู่บ้านที่มีพื้นที่ติดชายแดนไทย-ลาว ประกอบด้วยผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำครอบครัวที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁴⁾ และทำการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรของทั้งสองหมู่บ้าน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อกันตามแนวชายแดนไทย-ลาวที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

2) กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 34 คน จะได้รับ
กิจกรรมสขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- (1) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม
- (2) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาแขวน นานกว่า 1 ปี

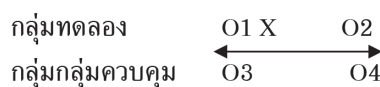
(3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูด
อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- (1) ผู้ร่วมวิจัย ขอดอนตัวระหว่างการทำวิจัย
- (2) ผู้ร่วมวิจัย เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
- (3) ผู้ร่วมวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมสุ่มศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อกันตามแนวชายแดนไทย-สปป.ลาว โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest with Control Group Design) จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experiment Group) เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อกันตามแนวชายแดนไทย-สปป.ลาว และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control Group) ได้รับกิจกรรมสุ่มศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน
การทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง
การทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ
ในการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน
โรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางการทดลอง

[illegible]

จากตารางการทดลองสามารถอธิบายได้ดังนี้

O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุม

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุม

X1 หมายถึง กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

X2 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง การบรรยายประกอบวีดิทัศน์เรื่อง ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

X3 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคติดต่อตามแนวชายแดน การบรรยายประกอบวีดิทัศน์เรื่อง สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวโน้มนการระบาด

X4 หมายถึง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บรรยาย เรื่อง “การป้องกันตนเองและชุมชนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน”

X5 หมายถึง กิจกรรมการมีส่วนร่วมโดยสถานการณ์สมมติและร่วมอภิปราย

S หมายถึง การรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อในประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้านผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรค 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดโรคตามแนวชายแดน 4) การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรค 5) ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค 6) ความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรค และ 7) การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดต่อตามแนวชายแดน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent sample t-test

5. จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB2565-33

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.90 อายุเฉลี่ย 42.22 ปี (S.D.= 5.324) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 38.20 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.90 มีโรคประจำตัวและคนในครอบครัวมีโรคประจำตัวหรือมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ร้อยละ 85.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.90 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.80 ความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่พอใช้ มีหนี้สิน ร้อยละ 58.80 บทบาทในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นลูกบ้าน ร้อยละ 79.40 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.00 อายุเฉลี่ย 40.32 ปี (S.D.= 5.127) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี

ร้อยละ 38.20 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.90 มีโรคประจำตัวและคนในครอบครัวมีโรคประจำตัวหรือมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ร้อยละ 76.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.90 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.80 ความเพียงพอของรายได้พบว่าไม่พอใช้มีหนี้สิน ร้อยละ 64.70 บทบาทในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นลูกบ้าน ร้อยละ 79.40

2. ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความคาดหวังในประสิทธิภาพ การป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ยระดับปานกลาง มีระดับคะแนนด้านการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนเฉลี่ย ระดับปานกลาง $\bar{X} = 25.43$ คะแนน (S.D.= 6.79) มีระดับคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 26.55$ คะแนน (S.D.=6.33) มีระดับคะแนนด้านความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.53$ คะแนน (S.D.=6.58) มีระดับคะแนนด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.63$ คะแนน (S.D.=6.88) มีระดับคะแนนด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนระดับปานกลาง $\bar{X} = 34.64$ คะแนน (S.D.= 6.28) หลังการทดลองของ

กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง $\bar{X} = 11.55$ คะแนน (S.D.=2.84) มีระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนในระดับสูง $\bar{X} = 42.43$ คะแนน (S.D.= 7.84) มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง $\bar{X} = 44.64$ คะแนน (S.D.=7.82) มีระดับคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง $\bar{X} = 44.36$ คะแนน (S.D.=7.52) มีระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง $\bar{X} = 44.66$ คะแนน (S.D.=7.72) มีระดับคะแนน การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนในระดับสูง $\bar{X} = 54.63$ คะแนน (S.D.= 8.76)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองมีระดับคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 6.20$ คะแนน (S.D.=2.87) และ 7.55 คะแนน (S.D.=2.76) มีระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนระดับปานกลาง $\bar{X} = 26.54$ คะแนน (S.D.= 6.92) และ 29.85 คะแนน (S.D.= 7.26) มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 26.82$ คะแนน (S.D.=6.93) และ 28.48 คะแนน (S.D.=7.27) มีระดับคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 29.12$ คะแนน (S.D.= 6.94) และ 31.42 คะแนน (S.D.=7.24) มีระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง $\bar{X} = 29.82$ คะแนน (S.D.=6.96) และ 32.44 คะแนน (S.D.=7.28) มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนระดับปานกลาง $\bar{X} = 33.98$ คะแนน (S.D.= 6.59) และ 40.44 คะแนน (S.D.= 8.02) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=34) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)

ระดับคะแนนตามรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
สูง (8.67–13.00 คะแนน)	5 (14.7)	29 (59.7)	5 (14.7)	5 (14.7)
ปานกลาง (4.34–8.66 คะแนน)	24 (70.6)	5 (27.6)	25 (73.5)	27 (79.4)
ต่ำ (0–4.33 คะแนน)	5 (17.0)	0	4 (11.8)	2 (5.9)
(S.D.)	6.12; 2.68	11.55; 2.84	6.20; 2.87	7.55; 2.76
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน				
สูง (36.67–50.00 คะแนน)	4 (11.8)	28 (82.4)	4 (11.8)	8 (23.5)
ปานกลาง (23.34–36.66 คะแนน)	22 (64.7)	6 (17.6)	23 (67.6)	22 (64.7)
ต่ำ (10.00–23.33 คะแนน)	8 (23.5)	0	7 (20.6)	4 (11.8)
(S.D.)	25.43 (6.79)	42.43 (7.84)	26.54 (6.92)	29.85 (7.26)
ระดับการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
สูง (36.67–50.00 คะแนน)	2 (5.9)	29 (85.3)	2 (5.9)	5 (14.7)
ปานกลาง (23.34–36.66 คะแนน)	26 (76.5)	5 (14.7)	27 (79.4)	26 (76.5)
ต่ำ (10.00–23.33 คะแนน)	6 (17.6)	0	5 (14.7)	3 (8.8)
(S.D.)	26.55 (6.33)	44.64 (7.82)	26.82 (6.93)	28.48 (7.27)
ระดับความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน				
สูง (36.67–50.00 คะแนน)	2 (5.9)	30 (88.2)	3 (8.8)	5 (14.7)
ปานกลาง (23.34–36.66 คะแนน)	22 (64.7)	4 (11.8)	21 (61.8)	25 (73.5)
ต่ำ (10.00–23.33 คะแนน)	10 (29.4)	0	10 (29.4)	4 (11.8)
(S.D.)	28.53 (6.58)	44.36 (7.52)	29.12 (6.94)	31.42 (7.24)
ระดับความคาดหวังในประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
สูง (36.67–50.00 คะแนน)	3 (8.8)	29 (85.3)	3 (8.8)	5 (14.7)
ปานกลาง (23.34–36.66 คะแนน)	23 (67.6)	5 (14.7)	24 (70.6)	24 (70.6)
ต่ำ (10.00–23.33 คะแนน)	8 (23.5)	0	7 (20.6)	5 (14.7)
(S.D.)	28.63(6.88)	44.66 (7.72)	29.82 (6.96)	32.44 (7.28)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=34) และกลุ่มควบคุม (n=34) (ต่อ)

ระดับคะแนนตามรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคโคโรนาไวรัสตามแนวชายแดน				
สูง (51.33–70.00 คะแนน)	3 (8.8)	20 (58.8)	3 (8.8)	6 (17.7)
ปานกลาง (32.67–51.32 คะแนน)	16 (47.1)	12 (35.3)	15 (44.1)	20 (58.8)
ต่ำ (14.00–32.66 คะแนน)	15 (44.1)	2 (5.8)	16 (47.1)	8 (23.5)
(S.D.)	34.64 (6.28)	54.63 (8.76)	33.98 (6.59)	40.44 (8.02)

3. ผลการวิเคราะห์ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 6.12$ (S.D. = 2.68) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 11.55$ (S.D. = 2.84) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 25.43$ (S.D. = 6.79) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 42.43$ (S.D. = 7.84) การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 26.55$ (S.D. = 6.33) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.64$ (S.D. = 7.82) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.53$ (S.D. = 6.58) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.36$ (S.D. = 7.52) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ก่อนการทดลอง

อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.63$ (S.D. = 6.88) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.66$ (S.D. = 7.72) การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 34.64$ (S.D. = 6.28) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 54.63$ (S.D. = 7.86) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05 ส่วนในกลุ่มควบคุม ระดับความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย (d) คะแนนรายด้านก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์ที่ประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	95%CI	p-value
		S.D.		S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
กลุ่มทดลอง	6.12	2.68	11.55	2.84	5.43	3.27 ถึง 7.58	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.20	2.87	7.55	2.76	1.35	0.42 ถึง 5.11	0.821
การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน							
กลุ่มทดลอง	25.43	6.79	42.43	7.84	17.00	14.46 ถึง 23.01	0.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.54	6.92	29.85	7.26	3.31	0.95 ถึง 6.22	0.306
การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
กลุ่มทดลอง	26.55	6.33	44.64	7.82	18.09	15.81 ถึง 22.42	0.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.82	6.93	28.48	7.27	1.66	0.29 ถึง 5.73	0.395
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน							
กลุ่มทดลอง	28.53	6.58	44.36	7.52	15.83	11.92 ถึง 19.38	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.12	6.94	31.42	7.24	2.30	0.51 ถึง 6.56	0.824
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน							
กลุ่มทดลอง	28.63	6.88	44.66	7.72	16.03	12.55 ถึง 19.94	0.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	59.88	13.66	60.26	13.27	3.38	0.73 ถึง 8.03	0.308
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน							
กลุ่มทดลอง	34.64	6.28	54.63	8.76	20.00	15.57 ถึง 23.82	0.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.98	6.59	40.44	8.02	6.46	0.87 ถึง 11.55	0.395

*P-value <0.05

4. ผลการวิเคราะห์ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 11.55$ (S.D. = 2.84) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการรับรู้โอกาส

เสี่ยงจากการเกิดโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 42.43$ (S.D. = 7.84) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.64$ (S.D. = 7.82) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับ

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนไม่แตกต่างกันโดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.36$ (S.D. = 7.52) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนไม่แตกต่างกันโดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย

อยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.66$ (S.D. = 7.72) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนไม่แตกต่างกันโดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 54.63$ (S.D. = 8.76) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$) คะแนนรายด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบ	n	S.D.	<i>d</i>	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	34	11.55	4.08	2.02 ถึง 9.13	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	7.55			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน					
กลุ่มทดลอง	34	42.43	13.69	8.46 ถึง 18.05	0.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	29.85			
การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
กลุ่มทดลอง	34	44.64	16.43	11.42 ถึง 22.01	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	28.48			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน					
กลุ่มทดลอง	34	44.36	13.45	7.06 ถึง 17.88	0.006*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	31.42			
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน					
กลุ่มทดลอง	34	44.66	12.65	8.73 ถึง 17.19	0.016*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	32.44			
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน					
กลุ่มทดลอง	34	54.63	13.54	9.26 ถึง 18.03	0.007*
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	40.44			

*P-value <0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี-สปป.ลาว ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นโปรแกรมที่ทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของแต่ละบุคคล มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของปัญหา และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเมื่อบุคคลเชื่อว่ามี ความรุนแรงเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดการเลือกแนวทางการปฏิบัติที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี^(5,6)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับงานวิจัย การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสร้างการรับรู้ประโยชน์ให้มากและมีการรับรู้อุปสรรคน้อยเมื่อจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้ผู้ปกครองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก⁽⁷⁾ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 25.43$ (S.D. = 6.79) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 42.43$ (S.D. = 7.84) สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้นจะต้องมีการประเมินการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการกระทำที่จะส่งผลต่อสุขภาพ⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีพบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม⁽⁹⁾

การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 26.55$ (S.D. = 6.33) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.64$ (S.D. = 7.82) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. เมื่อมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การให้กำลังใจกล่าวชมเชย และให้แนวทางปฏิบัติเพิ่ม ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามผลยังสามารถเป็น กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยในการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ได้ต่อไป⁽¹⁰⁾

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.53$ (S.D. = 6.58) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.36$ (S.D. = 7.52) สอดคล้องกับงานวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05⁽¹¹⁾

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 28.63$ (S.D. = 6.88) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 44.66$ (S.D. = 7.72) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อ

ด้านสุขภาพมีคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹²⁾ บทสรุป พบว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้น บุคลากรผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนต่อไป

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 34.64$ (S.D. = 6.28) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 54.63$ (S.D. = 7.86) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05 ทั้งนี้เป็นผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮากิตีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการที่ อสม. เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของ อสม. ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย⁽¹³⁾ นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการเลือกวิธีปฏิบัติตนที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่าผู้นำระดับตำบลและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความเข้มแข็ง มีเอกภาพ มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ ความรู้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย COVID-19 Watch out ที่มีคุณภาพครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สามารถใช้ในการบริหารจัดการปัญหาในสถานการณ์ฉุกเฉินเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการระดมความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น แกนนำชุมชน และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลสรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา พบว่าการที่ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากตั้งแต่การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาปฏิบัติการ และร่วมประเมินผลโดยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนนำไปสู่มาตรการเฝ้าระวังอื่น⁽¹⁵⁾

สรุปการวิจัย

ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี - สปป.ลาว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนมาจัดโปรแกรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี - สปป.ลาว โดยมีการบรรยายและใช้สื่อประกอบ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์การเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค และแนวทางการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน การสร้างสถานการณ์สมมุติ มีการร่วมอภิปราย แบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น ปัญหาที่พบในบริบทพื้นที่ และแนวทางการแก้ไข และนำเสนอ

ติดตามการรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อในประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้านผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม เพื่อให้เกิดการติดตามประเมินผล และให้กำลังใจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือซึ่งจะทำให้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี - สปป.ลาว ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการจัดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวคิดการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี - สปป.ลาว สามารถนำไปวางแผนส่งเสริมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1) ควรนำกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถดำรงชีวิตแบบปกติในสถานการณ์การแพร่ระบาด เพื่อลดการติดเชื้อซ้ำและลดผู้ป่วยรายใหม่

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ควรให้คำแนะนำ ติดตาม สอบถามกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรอธิบายให้ภาคีเครือข่ายเข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดน เพื่อติดตามผลการให้ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามพฤติกรรมในการป้องกันโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยเน้นการมีส่วนร่วม

ของกระบวนการ Participatory Action Research (PAR) เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี - สปป.ลาว

2) ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบออนไลน์

3) ควรมีการสื่อสารมาตรการ แนวปฏิบัติ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อันจะส่งผลต่อการเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://bit.ly/34rNvpA>.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021. [Cited 2021 December 25]. เข้าถึงได้จาก: Available from: <https://covid19.who.int/>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนสำหรับบริการยาด้านไวรัสและวัณโรค. กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. Polit DF, Beck CK. Nursing research: Principles and methods. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

6. Becker MH. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 324-508.
7. อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, พรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2557; 29(2): 158-63.
8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
9. วลัยนารี พรมลา, จีระวรรณ อุคคกิมพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก* 2561; 4(2): 59-67.
10. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร* 2563; 14(2): 92-103.
11. วรรณามุ่งทวีเกียรติ, เพ็ญภาวิเชียร, พัฒนาชวลิต ศุภเศรษฐี, อรทัย หุ่นดี, ชัชวาล วงศ์สารี. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี* 2564; 13(2): 313-23.
12. สมหมาย หิรัญนุช, สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์, ไพลิน นุกุลกิจ. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ* 2564; 7(2): 61-70.
13. นฤมล วงศ์วัยรักษ์, รัชานนท์ งามใจรัก. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา* 2662; 25(3): 24-33.
14. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2564; 30(1): 53-61.
15. เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์, สราวุธ อัมพร. ประสิทธิภาพของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัด สงขลา. [รายงานการวิจัย]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. 2562.

การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนจากการทำงาน ของเกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Risk Assessment of Occupational Heat-related Illness Among Outdoor Farmers Exposed to The Sun on Northeastern Region of Thailand

พิพัฒน์พงษ์ โลแก้ว วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Phiphatphong Lokaew M.Sc. (Occupational Health and Safety)

สุนิสา ชายเกลี้ยง ปร.ด. (ชีวเวชศาสตร์)

Sunisa Chaiklieng Dr.Biol.Hum. (Biomedical Science)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: September 8, 2023

Revised: February 2, 2024

Accepted: February 19, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการเจ็บป่วยจากการสัมผัสความร้อนในเกษตรกรทำงานกลางแจ้งจำนวน 76 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 – เมษายน พ.ศ. 2565 ด้วยการสัมภาษณ์ตรวจวัดความร้อน (อุณหภูมิเวทบัลโบโลก) วัดความชื้นและความเร็วลม และประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยโดยอาศัยเมตริกความเสี่ยงที่คำนึงถึงโอกาสและความรุนแรงของการป่วยจากความร้อน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56.37 ปี สถานภาพแต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.84 และเกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกพืชกลุ่มธัญพืชเป็นหลักคือ ข้าว ร้อยละ 93.42 ซึ่งเป็นเจ้าของไร่เอง ร้อยละ 64.08 อยู่บนพื้นที่ทำการเกษตรที่น้อยกว่า 10 ไร่ พบว่าอุณหภูมิเวทบัลโบโลกอยู่ระหว่าง 26.80– 33.90 องศาเซลเซียส ความเร็วลมเฉลี่ย 0.8–3.1 เมตร/วินาที ความชื้นสัมพัทธ์ 53% – 66% ค่าเฉลี่ย WBGT 32–34 °C ร้อยละ 68.42 มีภาระงานหนัก (>350 กิโลแคลอรี/ชม.) ร้อยละ 89.80 ระดับความรุนแรงของการเกิดการป่วยจากความร้อนโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 (ไม่มีอาการ) ร้อยละ 36.84 รองลงมา มีความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 3 (อาการรุนแรงมาก) ได้แก่ เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น ร้อยละ 35.53 และระดับที่ 2 (อาการรุนแรงปานกลาง) ได้แก่ ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ หายใจตื้นๆ บ่อยๆ อุณหภูมิร่างกายสูง เป็นต้น ร้อยละ 13.16 หากจำแนกอาการเจ็บป่วยจากความร้อนตามรายการพบว่า อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้าจากความร้อน (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับสูง) ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 25.00 และหิวน้ำอย่างรุนแรง (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 22.37 ระดับความเสี่ยงพบระดับ 2 (ต่ำ) ร้อยละ 38.16 ระดับ 3 (ปานกลาง) ร้อยละ 15.79 และระดับ 4 (สูง) ร้อยละ 35.53 ระดับ 5 (สูงมาก) ร้อยละ 10.53 ดังนั้น เสนอแนะให้ดำเนินการตรวจสอบอย่างละเอียดเพื่อหาวิธีการแก้ไขหรือลดความเสี่ยงจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้แก่เกษตรกรที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงนั้นให้มีการลดภาระงานลง โดยอาจลดระยะเวลาทำงาน มีเวลาพักมากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงของการป่วยจากความร้อน การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายผลไปสู่การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการป่วยจากความร้อนเพื่อการป้องกันการป่วยจากความร้อนในเกษตรกร

คำสำคัญ: เกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ความร้อน การประเมินความเสี่ยง

Abstract

This cross-sectional descriptive study designed to assess risk of occupational heat-related illness of outdoor farmers Northeastern provincial group, Thailand. Data were collected from 76 farmers from December 2021 to April 2022 by the interviewed questionnaire and measurements of working conditions by Wet Bulb Globe Thermometer (WBGT), humidity meter and air velocity monitor. Risk was evaluated by the matrix of the combination of the likelihood and the severity levels of heat-related illness. Results show that most participants were female, average age were 56.37 years, marital status: married, divorced, and separated 75.00, educational background were primary school 73.84%, planting rice 93.42%, farm owner 64.08% on cultivating area less than 16,000 squares meters. The working condition had WBGT range at 26.80–33.90 °C, average wind speed at 0.8–3.1 m/s, average relative humidity at 53–66%, the average WBGT at 32–34 °C 68.42% with heavy workload (>350 kcal/hr.) 89.80%, most of the severity levels of heat symptom were level 0 (not have any symptom) 36.84% followed by level 3 (severe; syncope, tachycardia, muscular weakness etc.) 35.53% and level 2 (low; heat fatigue, shortness of breath, high body temperature etc.) 13.16%. When we classify each sign and symptom, we found that, Top three of the most common heat-related signs and symptoms were heat fatigue (high severity) 31.58% followed by headache (low severity) 25.00% and heavy thirsty (mild severity) 22.37% respectively. Agriculturist had risk level 2 (low risk) 38.16% followed by level 3 (moderate) 15.79%, level 4 (high) 35.53, and level 5 (very high) 10.53%. In conclusion, suggest farmers to have training on how to control heat stress and to recognize symptoms of heat illness. Farmers who had a high risk of heat-related-illness more must be decreased the workload to reduce the risk level of heat-related illness. Further investigations should be focused on the factors associated with heat-related illness to prevent of diseases.

Keywords: Outdoor farmer, Heat, Risk assessment

บทนำ

ประเทศไทยมีภูมิอากาศแบบเขตร้อนชื้น เนื่องจากอยู่ในเขตอิทธิพลของมรสุมทำให้มีฤดูการ 2 ฤดูคือ ฤดูฝนและฤดูแล้งสลับกัน ในช่วงฤดูแล้ง เพราะตั้งอยู่ในบริเวณที่แสงของดวงอาทิตย์ตั้งฉากกับผิวพื้นโลกในเวลาเที่ยงวัน ทำให้ได้รับความร้อนจากดวงอาทิตย์เต็มที่ สภาวะอากาศจึงร้อนอบอ้าว⁽¹⁾ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการปลูกข้าวมากที่สุด และพืชเศรษฐกิจ ได้แก่ อ้อย ข้าวโพด มันสำปะหลัง หอมแดง ยางพารา การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศนั้นมีผลกระทบ ต่อเกษตรกรที่ทำงานกลางแจ้งที่ต้องทำงานอยู่กลางแจ้ง ตลอดระยะเวลาการทำงาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการได้รับการเจ็บป่วย อาการ หรือผลกระทบต่อสุขภาพจาก

ความร้อน จากการศึกษาความชุกโรคจากความร้อนของ เกษตรกรเพาะปลูก⁽²⁾ พบความชุกของการเกิดโรคจาก ความร้อนในเกษตรกร โดยมีความชุกในรอบ 3 ปี เท่ากับ 13.54 ต่อเกษตรกรแสนคน และมีรายงานในคนงาน ไร่อ้อยเมืองกำแพงจาม ประเทศกัมพูชา ที่พบว่าคนงาน มีอาการจากความร้อน เหงื่อออกมาก (ร้อยละ 87.2) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย (ร้อยละ 86.4) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 61.8) และปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 60.0) ซึ่งสาเหตุที่คนงานมีเหงื่อออกมากนั้น อาจเกิดจาก ลักษณะการทำงานที่หนักจึงเกิดการขับเหงื่อออกจากร่างกาย โดยมีกลไกการถ่ายเทความร้อนภายในร่างกาย ออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก⁽³⁾ และในเกษตรกรตัดอ้อย ของประเทศไทย พบว่าคนตัดอ้อยมีความเสี่ยงสูง

ต่อความเครียดและภาวะเครียดจากความร้อน มีอาการที่เกี่ยวข้องกับความร้อนมากขึ้นเช่น อ่อนแรง/อ่อนเพลีย (ร้อยละ 91.1) เหงื่อออกมาก (ร้อยละ 83.3) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 57.8) ผื่น (ร้อยละ 52.2) ตะคริวกล้ามเนื้อปากแห้ง เวียนศีรษะ มีไข้ผื่นหนังแห้ง/แตกและบวม⁽⁴⁾

เกษตรกรเป็นอาชีพที่สัมผัสความร้อนจากการทำงานสูง เนื่องจากต้องทำงานกลางแจ้งมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 94.6) มีลักษณะงานที่หลากหลาย เช่น เกี่ยวข้าว ฉีดพ่นยาฆ่าหญ้า ไร่รถไถนา เป็นต้น⁽⁵⁾ และจากการศึกษาระดับความร้อนในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 พบว่าดัชนีความร้อนเฉลี่ยของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวและผู้ปลูกอ้อยคือ 33.6 และ 29.7 องศาเซลเซียส⁽⁶⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมลำดับที่ 3 ที่เกิดการป่วยตายจากความร้อน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทำงานทั่ว 20 เท่า⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับเกษตรกรในรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา⁽⁸⁾ ศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2556 ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีการเจ็บป่วยจากความร้อนไม่ต่ำกว่า 2 อาการในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เช่นเดียวกับกับกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ในจังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 99.7 สัมผัสกับอากาศร้อนอบอ้าว⁽⁹⁾ ในเกษตรกรเพาะปลูกมะเขือเทศในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเสี่ยงทางกายภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จากการได้รับความร้อนจากแสงอาทิตย์และความอบอุ่นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 63.8⁽¹⁰⁾ การประเมินความเสี่ยงของการป่วยจากความร้อนในเกษตรกรเพาะปลูก จึงมีความสำคัญเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากความร้อน และการจัดการความเสี่ยงในเกษตรกรได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยจากการสัมผัสความร้อนในเกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ศึกษาในเกษตรกร 3 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ที่มาจากการคำนวณตัวอย่าง กรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน⁽¹¹⁾ ดังนี้

คำนวณสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วน

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = ค่าสัดส่วนของความระดับความเสี่ยงค่อนข้างสูงต่อการป่วยจากความร้อน เท่ากับ 0.95⁽²⁾

กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{0.95 (1-0.95) (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.1825}{0.0025}$$

$$n = 72.99 \approx 73 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของเกษตรกรทำงานกลางแจ้งจำนวนไม่น้อยกว่า 73 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลตัวอย่างได้ 76 คน โดยเข้าดำเนินการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 – เมษายน พ.ศ. 2565 เนื่องจากช่วงปลายปีถึงต้นปีเป็นช่วงการเก็บเกี่ยวผลผลิตเกษตรกรออกมาทำงานกลางแจ้งเวลานาน และมีลักษณะงานที่มีภาระงานสูงกว่าช่วงอื่น เช่น เกี่ยวข้าว ตัดอ้อย เป็นต้น

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เกษตรกรทำงานกลางแจ้ง
- 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 3) สมารถเข้าร่วมโครงการ
- 4) เกษตรกรทำไร่ทำนา ที่มีประสพการณ์ทำงานสัมผัสความร้อนอย่างน้อย 1 ฤดูกาล
- 5) มีสัญชาติไทยสามารถสื่อสารอ่านภาษาไทยออกและเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ เพื่อสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ส่วน โดยส่วนแรกสอบถามลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ไร่ที่ทำ การเพาะปลูก พื้นที่ในการเพาะปลูก เป็นต้น จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่สองสอบถามด้านพฤติกรรมการทำงาน เช่น การแต่งกายขณะปฏิบัติงาน การดื่มน้ำขณะปฏิบัติงาน ลักษณะงานเกษตรที่ทำ เป็นต้น จำนวน 5 ข้อ

2. เครื่องมือตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยทำการตรวจวัดในช่วงเวลาที่ร้อนที่สุดของวัน คือ ช่วงเวลา 13.00–15.00 น. ในบริเวณที่มีเกษตรกรทำงานอยู่ เครื่องมือตรวจวัดทั้งหมดได้รับการสอบเทียบ (Calibration) ตามรอบการสอบเทียบทุก 1 ปี และผู้ตรวจวัดมีพื้นฐานการตรวจวัดด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรม

2.1 เครื่องวัดระดับความร้อน WBGT โดยการติดตั้งเทอร์โมมิเตอร์ 3 ชนิด ได้แก่ เทอร์โมมิเตอร์ชนิดกระเปาะแห้ง (Dry Bulb Thermometer; DB) เทอร์โมมิเตอร์ชนิดกระเปาะเปียกตามธรรมชาติ (Natural Wet Bulb Thermometer; NWB) และเทอร์โมมิเตอร์ชนิดโกลบ (Globe Thermometer; GT) ติดตั้งเทอร์โมมิเตอร์ทั้งสามลงบนเครื่องอ่านค่าแบบดิจิตอลแล้วเปิดเครื่องทิ้งไว้ก่อนการตรวจวัดจริง 30 นาที

2.2 ไฮโกรมิเตอร์แบบดิจิตอล (Hygrometer) ใช้ในการตรวจวัดความชื้นสัมพัทธ์ (Relative Humidity) มีหน่วยวัดเป็น % ซึ่งสามารถอ่านค่าได้ทันที

2.3 เครื่องวัดความเร็วลม (Anemometer) ใช้ในการตรวจวัดความเร็วลม (Wind Speed) โดยวิธีการใช้งานหันตัวรับไปในทิศทางของลมที่ต้องการวัด จากนั้นอ่านค่าที่หน้าจอของตัวเครื่อง ซึ่งจะตรวจวัดในหน่วยของค่าความเร็วลม (Air Velocity) คืออัตราส่วนระหว่างค่าระยะทางที่ลมพัดผ่านต่อหนึ่งหน่วยเวลา ซึ่งในที่นี้ใช้หน่วยเป็นกิโลเมตรต่อชั่วโมง (km/hr)

3. ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการเจ็บป่วยจากการสัมผัสความร้อนโดยอาศัยเมตริกทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของเกษตรกรตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อน เนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก⁽¹²⁾ ประกอบด้วยโอกาสและความรุนแรง ซึ่งโอกาสได้จากระดับอุณหภูมิเวตบัลล์โกลบ (Wet Bulb Globe; WBGT) และระดับภาระงาน (Workload) ส่วนความรุนแรงได้จากการแบ่งระดับอาการที่เกิดจากการทำงานกลางแจ้งของเกษตรกร จากการสัมภาษณ์เกษตรกร เพื่อนำมาหาคะแนนความเสี่ยงและแบ่งระดับความเสี่ยง รวมถึงมีมาตรการในการวางแผนเฝ้าระวังทางสุขภาพในการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยง

การจัดระดับโอกาส มีขั้นตอนดังนี้

จัดระดับภาระงาน (Workload) ของเกษตรกรที่พิจารณาจากลักษณะการปฏิบัติงานจากแบบสัมภาษณ์เกษตรกรอาสาสมัคร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาระงานของเกษตรกรตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก

ระดับภาระงาน	คะแนน
ภาระงานระดับเบา	1
ภาระงานระดับปานกลาง	2
ภาระงานระดับหนัก	3

จัดระดับอุณหภูมิเขตบอลบ์โกลบ จากการตรวจวัด ความร้อนบริเวณพื้นที่การทำงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับอุณหภูมิเขตบอลบ์โกลบ ตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก

ระดับ	WBGT (°C)
1	≤30
2	>30-32
3	>32-34
4	>34

จัดระดับโอกาสโดยใช้ผลคูณระหว่างการจัดระดับภาระงาน และจัดระดับอุณหภูมิเขตบอลบ์โกลบ เพื่อทำคะแนนโอกาสและจัดระดับโอกาส ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับโอกาสในการเกิดการป่วยจากความร้อน ตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก

โอกาส	
คะแนน	ระดับ
8-12	4
3-6	3
2	2
1	1

จัดระดับความรุนแรง โดยการแบ่งระดับอาการที่ เกิดจากการทำงานสัมผัสกับความร้อนของเกษตรกร จากการสัมภาษณ์เกษตรกรอาสาสมัคร ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงของการป่วยจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก ตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก

ระดับความรุนแรง	ผลกระทบต่อสุขภาพ
0	ไม่มีอาการป่วย
1	มีผื่นสีชมพู โดยเฉพาะในลำคอ ร่มผ้า หรือ ข้อพับต่างๆ เกิดการบวมที่ข้อเท้า/ขา/มือ/ หรือแขน เวียนหัวเมื่อลุกขึ้นจากท่านอน หิวน้ำอย่างรุนแรง ผิวน้ำแห้งและร้อน
2	ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ ที่ขา แขน หรือท้อง หายใจตื้นๆ บ่อยๆ อุณหภูมิร่างกายร้อนอย่างรวดเร็ว ซึม พุดซ้า ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน
3	กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว
4	หมดสติ โคม่า

4. หาคะแนนความเสี่ยงและจัดระดับความเสี่ยง โดยใช้ระดับโอกาสและระดับความรุนแรง (ข้อ 3 และ 4) เข้าเมตริกความเสี่ยงการป่วยจากความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เมตริกความเสี่ยงการป่วยจากความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก ตามโปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก

ระดับความรุนแรง	โอกาส				ความเสี่ยง		
	1	2	3	4	คะแนน	ผลความเสี่ยง	ความเสี่ยง
4	4	8	12	16	12-16	ความเสี่ยงสูงมาก	5
3	3	6	9	12	8-9	ความเสี่ยงสูง	4
2	2	4	6	8	3-6	ความเสี่ยงปานกลาง	3
1	1	2	3	4	1-2	ความเสี่ยงต่ำ	2
0	0	0	1	1	0	ยอมรับได้	1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652057

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม อาการ/การเจ็บป่วยจากการทำงานสัมผัสความร้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลแจกแจงนับใช้ค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าต่ำสุด-สูงสุด

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.95 มีอายุเฉลี่ย 56.36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.66 อายุต่ำสุด 38 ปี สูงสุด 76 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน หรืออยู่ด้วยกันเป็น ร้อยละ 73.97 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 47.37 และเกษตรกรส่วนใหญ่มักจะปลูกพืชกลุ่ม

ธัญพืชเป็นหลักคือ ข้าว ร้อยละ 94.74 เป็นเจ้าของไร่เอง โดยประมาณ ร้อยละ 47.95 เฉลี่ย 15.11 ไร่ ส่วนเบี่ยงเบน ร้อยละ 94.73 อยู่บนพื้นที่ทำการเกษตร 11-20 ไร่ มาตรฐาน 8.87 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล (n=76)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	41 (53.95)
ชาย	35 (46.05)
อายุ	
31 – 40	3 (4.11)
41 – 50	19 (25.00)
51 – 60	31 (40.79)
> 60	23 (30.26)
(S.D.) ต่ำสุด สูงสุด	56.42 (8.66), 38, 76
สถานภาพ	
โสด	10 (13.16)
สมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	57 (75.00)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9 (11.84)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียน	3 (3.95)
ประถมศึกษา	36 (47.37)
มัธยมต้น	17 (22.37)
มัธยมปลาย	16 (21.05)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1 (1.32)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	3 (3.95)
ประเภทของกลุ่มพืชไร่ที่ทำการเพาะปลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
กลุ่มธัญพืช	73 (96.05)
ข้าว	72 (94.74)
ข้าวโพด	1 (1.32)
กลุ่มพืชน้ำมัน	4 (5.26)
ปาล์มน้ำมัน	3 (75.00)
ถั่วเหลือง	1 (25.00)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล (n=76)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มพีชน้ำตาล	7 (9.21)
อ้อย	7 (100.00)
กลุ่มพีชเส้นใย	8 (10.53)
กล้วย	5 (62.50)
มะพร้าว	3 (37.50)
กลุ่มพีชหัว	4 (5.26)
มันสำปะหลัง	1 (25.00)
มันแกว	2 (50.00)
เผือก	1 (25.00)
กลุ่มพีชอาหารสัตว์	16 (21.05)
หญ้าเนเปียร์	2 (12.50)
หญ้าอูชี	8 (50.00)
หญ้างินนิ	5 (31.25)
กระถิน	1 (6.25)
กลุ่มพีชออกฤทธิ์ทางระบบประสาท	5 (5.26)
ยาสูบ	1 (1.32)
ชา	3 (3.95)
กาแฟ	1 (1.32)
สถานะของการเป็นเจ้าของไร่	
เจ้าของไร่	72 (94.73)
ผู้รับจ้าง	3 (3.95)
เช่า	1 (1.32)
พื้นที่ทำการเกษตร (ไร่)	
≤ 10	25 (30.14)
11 – 20	35 (47.95)
21 – 30	11 (15.07)
> 30	5 (6.85)
$\bar{X}$ (S.D.) ต่ำสุด สูงสุด	15.11 (8.87), 0, 40

2. สภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564–เมษายน
พ.ศ. 2565 ในพื้นที่ปฏิบัติงานของเกษตรกรเพาะปลูกมี
ระดับความร้อนในการทำงานพบอุณหภูมิเวตบัลบ์โลก

อยู่ระหว่าง 26.80–33.90 องศาเซลเซียส ความเร็วลม
เฉลี่ยอยู่ที่ 0.8–3.1 เมตร/วินาที ความชื้นสัมพัทธ์
53% – 66% ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการตรวจวัดอุณหภูมิเวตบัลบ์โลก (WBGT) ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม

พื้นที่ศึกษา	WBGT (°C)	ความชื้นสัมพัทธ์ (%RH)	ความเร็วลม (m/s)
ร้อยเอ็ด			
อำเภอเมยวดี ตำบลบ้านบุ่งเลิศ	26.8	53	1.6
อำเภอเสลภูมิ ตำบลศรีวิสัย	32.3	64	2.0
ขอนแก่น			
อำเภอพล ตำบลโจัดหนองแก	33.6	56	1.2
อุดรธานี			
อำเภอโนนสะอาด ตำบลโคกกกลาง	29.9	60	0.8
อำเภอพิบูลย์รักษ์ ตำบลบ้านถ่อนนาเพลิน	32.9	66	2.2
อำเภอทุ่งฝน ตำบลบ้านนาหม	32.0	66	3.1

3. การประเมินความเสี่ยงการเจ็บป่วยจาก
ความร้อนของเกษตรกร
จากการประเมินความเสี่ยงการป่วยจากความร้อน
ในเกษตรกร WBGT เฉลี่ยของเกษตรกรพบว่า เกษตรกร
โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.42 มีค่าเฉลี่ย WBGT 32–34 °C

รองลงมา ร้อยละ 19.74 มีระดับ WBGT เฉลี่ย ≤ 30 °C
โดยค่าเฉลี่ยระดับ 12 WBGT ของเกษตรกรมีค่าเท่ากับ
31.63 °C ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.42 °C ค่า WBGT
เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 26.60 °C และสูงสุดเท่ากับ 33.90 °C
ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวระดับ WBGT เฉลี่ยของเกษตรกรเพาะปลูก (n=76)

WBGT เฉลี่ย (°C)	จำนวน (ร้อยละ)
≤ 30	15 (19.74)
30–32	9 (11.84)
32–34	52 (68.42)
>34	0
$\bar{X}$ (S.D.), min, max	31.63 (2.42), 26.60, 33.90

ภาระงานของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.58 มีภาระงานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (200-350 kcal/hr.) เช่น เกี่ยวข้าว ดำนา ปักหัวมัน ลำปะลั้ เป็นต้น รองลงมา ร้อยละ 39.47 มีระดับ

ภาระงานอยู่ในเกณฑ์หนัก (>350 kcal/hr.) เช่น ตัดอ้อย ขุดจอบ ยกของหนัก และภาระงานเบา เช่น ยืนคุมงาน ถางหญ้า ถอนหญ้า (<200 kcal/hr) ร้อยละ 3.95 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาระงาน (n=76)

ระดับภาระงาน	ภาระงาน (kcal/hr)	จำนวนคน (ร้อยละ)
1	เบา (<200 kcal/hr)	3 (3.95)
2	ปานกลาง (201-350 kcal/hr)	43 (56.58)
3	หนัก (>350 kcal/hr)	30 (39.47)

WBGT เฉลี่ยของเกษตรกร เมื่อจำแนกตาม ภาระงานของเกษตรกร พบว่า กลุ่มภาระงานเบา (<200 kcal/hr) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 3.95 ของกลุ่มตัวอย่างมี WBGT เฉลี่ยต่ำกว่า 34 °C ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กฎหมาย กำหนด กลุ่มภาระงานปานกลาง (201-350 kcal/hr.)

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.16 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับ WBGT เฉลี่ยสูงกว่า 32 °C ซึ่งสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด และใน กลุ่มภาระงานหนัก (>350kcal/hr.) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.53 ของกลุ่มตัวอย่างมี WBGT เฉลี่ยสูงกว่าที่กฎหมาย กำหนด (>30 °C) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม WBGT เฉลี่ย

ภาระงาน (Workload)	WBGT เฉลี่ย (°C)	จำนวน (ร้อยละ)
เบา (<200 kcal/hr)	≤ 30	2 (2.63)
	30-32	0 (0.00)
	32-34	1 (1.32)
	> 34	0 (0.00)
ปานกลาง (201-350 kcal/hr)	≤ 30	10 (13.16)
	30-32	4 (5.76)
	32-34	29 (38.16)
	> 34	0 (0.00)
หนัก (>350kcal/hr.)	≤ 30	3 (3.95)
	30-32	5 (6.58)
	32-34	22 (28.95)
	> 34	0 (0.00)

หากพิจารณาภาระงานจำแนกตามระดับความเสี่ยงพบว่า ในกลุ่มความเสี่ยงสูงมากมีภาระงานอยู่ในเกณฑ์ภาระงานหนัก ($>350\text{kcal/hr.}$) ร้อยละ 1.33 ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับความเสี่ยงเกิดการป่วยจากความร้อนสูง ในกลุ่มความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ก็มีภาระงาน

อยู่ในเกณฑ์ภาระงานปานกลาง ร้อยละ 17.11 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเกษตรกรส่วนใหญ่ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.16 มีภาระงานอยู่ในเกณฑ์ภาระงานหนักเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเสี่ยงและระดับภาระงาน

ระดับความเสี่ยง	ภาระงาน (Workload)			รวม
	เบา	ปานกลาง	หนัก	
5	0 (0.00)	8 (0.44)	3 (1.33)	11 (1.77)
4	1 (1.32)	13 (17.11)	6 (7.89)	20 (26.32)
3	0 (0.22)	6 (7.89)	10 (13.16)	16 (21.05)
2	0 (0.44)	2 (2.63)	0 (0.00)	2 (2.63)
1	2 (0.00)	14 (18.42)	11 (14.47)	27 (35.53)
รวม	3 (3.95)	43 (56.57)	30 (39.47)	76 (100.00)

จากผลการประเมินความเสี่ยงการป่วยจากความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก พบว่าระดับความรุนแรงของการเกิดการป่วยจากความร้อนโดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 0 (ไม่มีอาการ) ร้อยละ 36.84 ของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 3 (เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น) คิดเป็น ร้อยละ 35.53 ของกลุ่มตัวอย่างและระดับที่ 2 (อาการปานกลาง) (คลื่นไส้ อาเจียน เกิดการบวมที่ข้อเท้า ขา มือ หรือแขน ปวดเกร็งกล้ามเนื้อที่ขา

แขน หรือท้อง ชีพ พุดซำ ไม่มีแรง) ร้อยละ 13.16 ตามตารางที่ 12 หากจำแนกอาการเจ็บป่วยจากความร้อนในกลุ่มตัวอย่างตามรายการ พบว่าอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก ดังนี้ เหนื่อยล้าจากความร้อน (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับสูง) ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือปวดศีรษะ (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 25.00 และหิวน้ำอย่างรุนแรง (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 22.37

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรุนแรงของการป่วยจากความร้อนในเกษตรกร

อาการ	อาการแสดง	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	ไม่มีอาการ	28 (36.84)
อาการเล็กน้อย	มีผื่นสสิมพูโดยเฉพาะในลำคอ ร่มผ้า หรือ ข้อพับต่างๆ ตุ่มตามตัว ผิวหนังแห้งและร้อน ผิวหนังร้อนแดง ปวดศีรษะ วิงเวียน ศีรษะ ตาพร่า หิวน้ำอย่างรุนแรง และประสิทธิภาพการทำงานลดลง	8 (10.53)
อาการปานกลาง	ปวดเกร็งกล้ามเนื้อที่ขา แขน หรือท้อง หายใจสั้นๆ บ่อยๆ อ่อนหภูมิ ร่างกายร้อนอย่างรวดเร็ว ซึม พูดช้า ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน	10 (13.16)
อาการรุนแรง	เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อยจากการขาดน้ำ หรือ ขาดเกลือแร่ เหนื่อยล้าชั่วคราว หน้ามืด มีไข้	27 (35.53)
อาการรุนแรงมาก	หมดสติ โคมา	3 (3.95)

หากพิจารณาอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับระดับ WBGT เฉลี่ยจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงสูงสุดคือเท่ากับ 5 (ร้อยละ 2.63) มีค่า WBGT เฉลี่ย 32-34 °C เช่นกันในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรุนแรงเท่ากับ 3 และ 4 (ร้อยละ 11.84 และ 30.26) มีค่า WBGT เฉลี่ย 32-34 °C ของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการประเมินความเสี่ยงของการป่วยจากความร้อนในเกษตรกรเพาะปลูก พบว่า ผลประเมินโอกาสสัมผัสปัจจัยสูงสุดคือระดับ 3 ร้อยละ 78.94 ความรุนแรงของอาการคือระดับ 5 (รุนแรงมาก) ร้อยละ 36.84 ตามตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโอกาสและความรุนแรงของการป่วยจากความร้อน

ระดับ ความรุนแรง	โอกาส				รวม
	1	2	3	4	
5	0 (0.00)	0 (0.00)	23 (30.26)	5 (6.58)	28 (36.84)
4	1 (1.32)	0 (0.00)	4 (5.26)	3 (3.95)	8 (10.53)
3	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (10.53)	2 (2.63)	10 (13.16)
2	0 (0.00)	1 (1.32)	22 (28.95)	4 (5.26)	27 (35.53)
1	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (3.95)	0 (0.00)	3 (3.95)
รวม	1 (1.32)	1 (1.32)	60 (78.94)	14 (18.42)	451 (100.00)

และความเสี่ยงระดับสูง (ความเสี่ยง = 4) ควรต้องมีการตรวจสอบอย่างละเอียดและปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงโดยเร็ว รองลงมาคือร้อยละ 15.79 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง

(ความเสี่ยง = 2) ต้องมีการตรวจสอบอย่างละเอียดเพื่อหาวิธีการแก้ไขหรือลดความเสี่ยง และต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเสี่ยงของการป่วยจากความร้อน

ความเสี่ยง	ผลความเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
5	ความเสี่ยงสูงมาก	8 (10.53)
4	ความเสี่ยงสูง	27 (35.53)
3	ความเสี่ยงปานกลาง	12 (15.79)
2	ความเสี่ยงต่ำ	29 (38.16)
1	ยอมรับได้	0 (0.00)

จึงกล่าวได้ว่า ค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรเพาะปลูกมีการป่วยจากความร้อนอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 10.53 รองลงมาคือค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรเพาะปลูกที่มีการป่วยจากความร้อนอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงปานกลางถึงสูงมาก ซึ่งมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าระดับความเสี่ยง คือระดับ 3 (ปานกลาง) ถึง 4 (สูงมาก) เท่ากับ ร้อยละ 61.85

อภิปรายผลการศึกษา

เกษตรกรส่วนใหญ่มีภาระงานปานกลางและหนัก มีค่าระดับอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบเฉลี่ยเมื่อจำแนกตามภาระงานปานกลางและหนักสูงกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด⁽¹³⁾ โดยเกษตรกรที่มีภาระงานปานกลาง สัมผัสความร้อนที่ระดับอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบมากกว่า 32 องศาเซลเซียส (ร้อยละ 38.16) และเกษตรกรที่มีภาระงานหนักสัมผัสความร้อนที่ระดับอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบมากกว่า 32 องศาเซลเซียส (ร้อยละ 28.95) สอดคล้องกับการศึกษาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับความร้อนของเกษตรกร ในจังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2559 ที่พบว่าค่าดัชนีความร้อนของเกษตรกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.54) อยู่ในระดับอันตราย (40-51 องศาเซลเซียส) รองลงมา (ร้อยละ 37.70)

มาอยู่ในระดับรุนแรง (33-39 องศาเซลเซียส)⁽¹⁴⁾ และกลุ่มคนงานตัดอ้อยในคอสตาริกา (Costa Rica) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2552 มีค่าระดับการเผาผลาญสูงสุดขณะปฏิบัติงานเท่ากับ 425.63 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง⁽¹⁵⁾ และจากการศึกษาเกษตรกรในตอนเหนือของกานา (Ghana) ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2556 ระดับอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบสูงสุดอยู่ที่ 38.1 องศาเซลเซียส ซึ่งมีช่วงการอ่านค่าจากเซนเซอร์ 3 ตัว ตั้งแต่ 26.7-37.1, 29.0-36.9 และ 27.9-35.9 องศาเซลเซียสในร่มของพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งเกินจากเกณฑ์ที่กำหนดใน ISO 7243 สำหรับภาระงานหนัก⁽¹⁶⁾

การเจ็บป่วยของเกษตรกรที่เกิดจากความร้อนพบว่า ระดับความรุนแรงของการเกิดการป่วยจากความร้อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง) และอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรกคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับสูง) ปวดเกร็งกล้ามเนื้อที่ขา แขน (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) และหิวน้ำอย่างรุนแรง (กลุ่มอาการความรุนแรงระดับเล็กน้อย) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกษตรกรที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงส่วนใหญ่จะมีประวัติการป่วยหรืออาการจากความร้อนในระดับรุนแรง ซึ่งระดับโอกาสจากการพิจารณาร่วมกันระหว่างระดับอุณหภูมิเวทบัลบ์โกลบเฉลี่ยในพื้นที่การทำงานเกษตรกับระดับภาระงานของแต่ละลักษณะงาน ดังนั้น เกษตรกรควรลดภาระงานลงด้วยการลดระยะเวลาในการทำงานต่อเนื่องกัน มีการหยุดพักในที่ร่มเป็นระยะ หรือหลีกเลี่ยงการทำงานในช่วงที่อากาศร้อนจัดระหว่างวัน จะช่วยให้โอกาสสัมผัสความร้อนและความเสี่ยงลดลงได้ โดยแนะนำให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านอันตรายจากการทำงานสัมผัสกับความร้อน การป้องกันตนเอง การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานกลางแจ้ง และภาวะเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานสัมผัสกับความร้อนโดยผู้เชี่ยวชาญ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น หรือภูมิภาคอื่นๆ เพื่อสร้างความหลากหลายของข้อมูลความเสี่ยงจากการสัมผัสความร้อนของเกษตรกร รวมถึงศึกษาด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนในเกษตรกร การนำมาสู่การป้องกันและลดการป่วยจากความร้อนในเกษตรกรต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรภา ศุกรเวทย์ศิริ รองศาสตราจารย์วิชัย พงษ์ธาราธิกุล และ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะตลอดการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านเครื่องมือวัดสภาพแวดล้อม เพื่อใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอุตุนิยมวิทยา. ฤดูกาล ฤดูกาลของโลก ฤดูกาลของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmd-dev.azurewebsites.net/info/%E0%B8%A4%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A5-%E0%B8%A4%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A5%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%A4%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A5%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2>.
2. ปฐมฤกษ์ มีสมบัติ, สุนิสา ชายเกลี้ยง, อนุชนรา ตาลกุล คัสเธอร์. การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2563; 13(2): 45-63.
3. Radir AF, Hashim Z, Phan K, Sao V, Hashim JH. The impact of heat on health and productivity among sugarcane workers in Kampong Cham, Cambodia. APEOHJ 2017; 3(1): 9-19.
4. Boonruksa P, Maturachon T, Kongtip P, Woskie S. Heat stress, physiological response, and heat-related symptoms among Thai sugarcane workers. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(17): 6363.
5. สมจิต แดนสีแก้ว, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, เกศินี สราญฤทธิชัย. ประสพการณ์ของชาวนาในการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำนา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 33(1): 134-44.

6. อูมา ลางคูลเสน, นันทวรรณ วิจิตรวาทการ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความร้อนที่มีต่อเกษตรกรและพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 26(4): 680-93.
7. Xiang J, Bi P, Pisaniello D, Hansen A, Sullivan T. Association between high temperature and work-related injuries in Adelaide, South Australia, 2001-2010. *Occup Environ Med* 2014; 71 (4): 246-52.
8. Bethel JW, Harger R. Heat-Related Illness among Oregon Farmworkers. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(9): 9273-85.
9. ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, อนนท์วิสุทธิ์ธนานนท์, วิไลพรรณ ใจวิไล. สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด. พยาบาลสาร 2562; 46(1), 5-17.
10. กรกนก พลท้าว, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการเพาะปลูกมะเขือเทศเก็บเมล็ดพันธุ์บ้านลาดนาเพียงตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; 5(3): 31-8.
11. ธาณินทร์ ศิลปจารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2555.
12. สุนิสา ชายเกลี้ยง. โปรแกรมประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่อการสัมผัสความร้อนเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรกลุ่มเพาะปลูก ลิขสิทธิ์เลขที่ ว.044852. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
13. กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 ตอนที่ 91ก. หน้า 48-54.
14. ัญญารัตน์ ทราบจังหวรีด, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับความร้อนของเกษตรกรตำบลตะขบ อำเภอกิ่งยางชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2559; 9(2): 53-9.
15. Crowe J, Moya-Bonilla JM, Román-Solano B, Robles-Ramírez A. Heat exposure in sugarcane workers in Costa Rica during the non-harvest season. *Glob Health Action* 2010; 3: 1-9.
16. Frimpong K, Van Etten EJE, Oosthuizen J, Nunfah VF. Heat exposure on farmers in northeast Ghana. *Int J Biometeorol* 2017; 61(3): 397-406.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

The Development of A Model for Promoting Health Literacy in Behavior Modification for The Prevention of Hypertension in The At-risk Group of Working Age with Participation of A Network in Kranuan District, Khon Kaen Province

รุ่งทอง วัชรกุลเกียรติ พย.บ.

วรรณกร ตาบ้านดู่ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Rungtong Vacharanukulkiet B.N.S.

Wanakorn Tabandu M.P.H. (Public Health Administration)

Khon Kaen Provincial Health Office

Received: February 19, 2024

Revised: April 1, 2024

Accepted: April 1, 2024

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทของปัญหาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน ระยะที่ 2 พัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่นจำนวน 72 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินแบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ในด้านกระบวนการพัฒนาสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเท่ากับ 0.95 ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเท่ากับ 0.95 และด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1. การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ด้วยหลัก 3ก. 1ข. 1ส. ดังนี้ 1) กองทุน 2) กิจกรรม 3) การติดตามกลุ่มเสี่ยง 4) ข้อมูลทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย และ 5) ส่วนร่วม 2. การประเมินผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.29, 95% CI 0.11-0.45,

p-value < 0.001) ด้านกระบวนการพัฒนาหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.41, 95% CI 0.23–0.57, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.54, 95% CI 0.37–0.70, p-value < 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 1.43, 95% CI 1.28–1.57, p-value < 0.001) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.57)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน การมีส่วนร่วม

Abstract

The development of a model for promoting health literacy in behavior modification for the prevention of hypertension among the at-risk working-age group, with the participation of a network in Kranuan District, KhonKaen Province was a participatory action research (Participatory Action Research). The study is divided into three phases: Phase 1 examines the situation and contextual problems of high blood pressure prevention in the high-risk working-age groups. Phase 2 focuses on the development of a model for promoting health literacy in behavior modification for the prevention of hypertension among the at-risk working-age group, with the participation of a network in Kranuan District, KhonKaen Province. Phase 3 evaluates the model.

The target group consisted of the at-risk working-age population in Kranuan District, Khon Kaen Province, totaling 72 individuals. Data were collected using assessments, questionnaires, and group discussions. The instruments were checked for content validity by three experts, and reliability was determined using Cronbach's alpha coefficient. The process of developing and promoting health literacy in behavior change to prevent high blood pressure among the at-risk working-age group scored 0.95, network participation scored 0.95, and health literacy scored 0.89. Data analysis was conducted quantitatively using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the difference in means before and after was compared using Paired t-test statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The study yielded the following results: Firstly, the development of a model for promoting health literacy in behavior modification to prevent hypertension among the at-risk working-age group, with the participation of a network in Kranuan District, KhonKaen Province, is guided by the following principles: 1) allocation of funds, 2) execution of activities, 3) monitoring of at-risk groups, 4) registration of target group information, and 5) participation. Secondly, the evaluation of the model for promoting health literacy in behavior modification for hypertension prevention revealed that: the participation score after involvement in activities was statistically significantly higher than the score before involvement (Mean Difference = 0.29, 95% CI 0.11–0.45, p-value < 0.001), the development process score after involvement in activities was statistically significantly higher than before involvement (Mean Difference = 0.41, 95% CI 0.23–0.57, p-value < 0.001), the health literacy score after participating in activities was statistically significantly higher than before involvement (Mean Difference = 0.54, 95% CI 0.37–0.70, p-value < 0.001), and the mean health behavior score after involvement in activities was significantly higher than before involvement (Mean Difference = 1.43, 95% CI 1.28–1.57, p-value < 0.001). Furthermore, satisfaction with the overall model development process was at a high level with an average of 3.80 (S.D. = 0.57).

Keywords: Health literacy, Hypertension, At-risk working-age group, Participation

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้มุ่งเน้นประเด็นด้านสาธารณสุข ใน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์โดยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ พัฒนาระบบดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเพื่อการส่งเสริมพัฒนาคนไทยให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จัดการองค์ความรู้ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น องค์ความรู้สมัยใหม่ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับประเทศ ประกอบกับโลกในยุคปัจจุบันเป็นยุคสังคมฐานความรู้ ทุกสังคมจะต้องมีความสามารถในการนำความรู้มาสร้างนวัตกรรมที่จะก่อประโยชน์ให้กับสังคมส่วนต่างๆ ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างทั่วถึงรองรับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสังคมไทยปัจจุบันมีการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วยและการตายลำดับต้นๆ และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประเทศไทยและในระดับโลกประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (อาหารรสหวาน มัน เค็มจัด รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณน้อย) สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ น้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการจัดการและดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การตั้งสถานีสภาพ (Health Station)⁽²⁾ เน้นการชะลอการป่วยด้วยการจัดการตนเองโดยการเฝ้าระวังจากกลุ่มปกติไม่กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มสงสัยป่วยไม่กลายเป็นกลุ่มป่วย ในขณะที่เดียวกันองค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2562 พบว่าประชากรอายุ 30 – 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบว่าเป็นตนเองป่วยมากถึง ร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁾ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 ใน พ.ศ. 2562–2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากเดิม ร้อยละ 24.7⁽¹⁾ เนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชน โดยประชากรวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 18–59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร้อยละ 15.06 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 42.58 พฤติกรรมการจัดการความเครียด ร้อยละ 2.81 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.76 และพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 6.74⁽³⁾

จากข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดขอนแก่นปี 2564–2566 ประชากรจังหวัดขอนแก่นอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดจำนวน 598,484, 596,806 และ 597,297 คน ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 550,573, 525,389 และ 404,318 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.99, 88.03 และ 67.69 ตามลำดับ พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.62, 4.98 และ 5.47 ตามลำดับ กลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 2.14, 1.95 และ 3.17

ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18,611, 19,515 และ 14,519 คนตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผลที่มาก็คือ ผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอกระนวน ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการขับเคลื่อนองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในระหว่างปี 2563-2566 ประชากรในอำเภอกระนวนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 25,674, 25,024, 22,192 และ 22,738 คน พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.00, 6.53, 6.82 และ 3.28 กลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 1.96, 2.83, 4.01 และ 3.32 ผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 698, 693, 693 และ 622 คน ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับภาพรวม จังหวัด ประกอบกับข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาขาดการบูรณาการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 59.80 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.60 และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.279$, $P\text{-value} = 0.004$) โดยเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽⁵⁾ และนำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโรคและภัยสุขภาพโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เช่น การประยุกต์ใช้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะร่วมแรงร่วมใจดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน⁽⁶⁾ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾ และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾ จากผลการทบทวนดังกล่าว ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่สามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานได้

จากสภาพปัญหาและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในพื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น คาดว่าผลที่ได้จะทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนสามารถชะลอกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นกลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วยตามแนวทางยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากโรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชกระนวน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระนวน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกระนวนทั้ง 12 แห่ง จำนวนรวม 28 คน 2) ตัวแทนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมทั้ง 9 ตำบลในพื้นที่อำเภอกระนวน จำนวนรวม 72 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) อายุ 35-59 ปี (2) มีความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอทที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (3) มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับ 3อ.2ส. (4) เป็นผู้ที่มีทักษะการอ่านออกเขียนได้ (5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้ได้ และ (6) สมารถเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงขณะอยู่ในระหว่างการวิจัย (2) กลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย และ (3) กลุ่มเสี่ยงขอถอนตัวออกจากการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทของปัญหาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยการประชุมและระดมความคิดเห็น ระหว่างกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน ให้ได้สภาพปัญหาเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ดำเนินการในเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย (AIC) ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์ และยกกร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ เพื่อนำไปประเมินผลการใช้รูปแบบในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น โดยมีการติดตามและประเมินผล ระหว่างและหลังดำเนินการทดลองใช้ร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ในพื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่นในเดือนตุลาคมและธันวาคม พ.ศ. 2566 สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. 3ส. 1น. ได้แก่อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดชื่น สามี สันทนาการ และนาฬิกาชีวิต

2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล

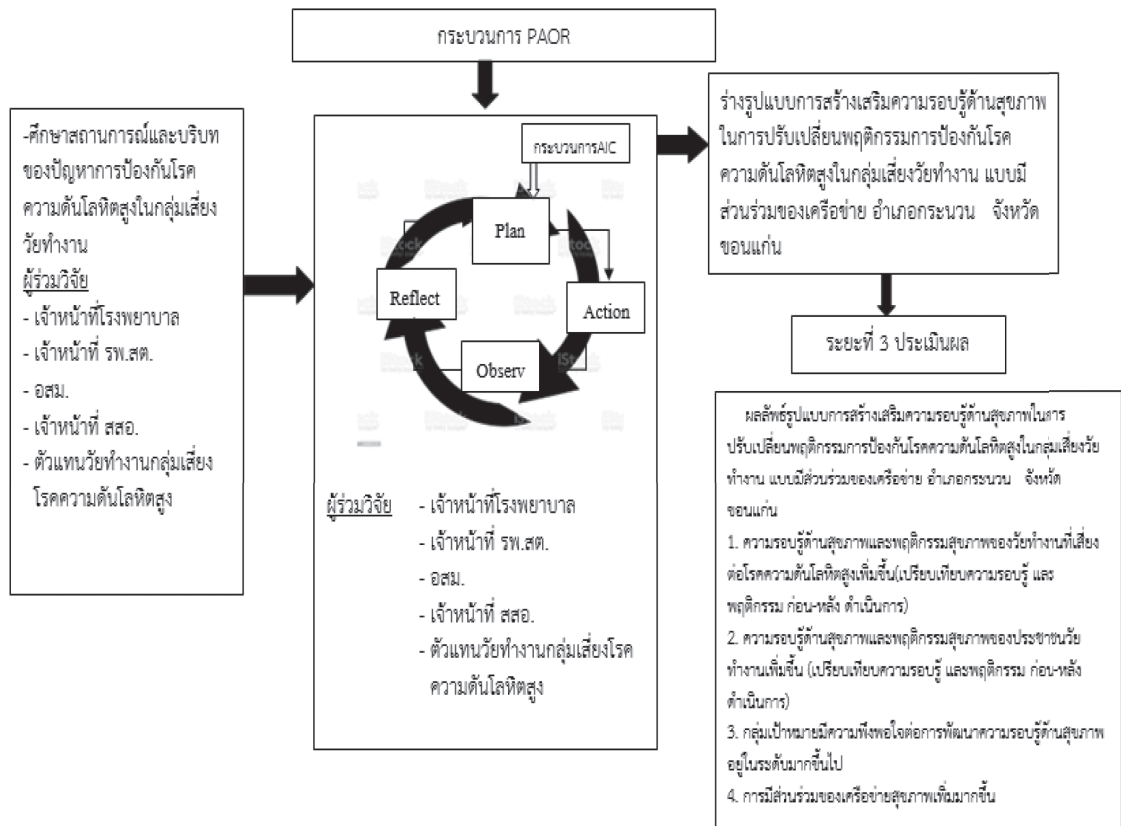
ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกประเด็นการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ในการวิเคราะห์บริบทการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ครอบคลุมประเด็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สภาพแวดล้อมการทำงาน และความรู้ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ AIC⁽⁹⁾

2) แบบประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประยุกต์ใช้แบบประเมินของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทำการประเมิน 2 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมและหลังจากเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านการอำนวยความสะดวก และด้านความรู้ความเข้าใจ/ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมโครงการ

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ประยุกต์และพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วม

ของเครือข่าย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมดมาใช้ในการวิจัย และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่อำเภอซำสูง จำนวน 30 คน เนื่องจากมีบริบทคล้ายคลึงกัน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป⁽¹¹⁾ พบว่า แบบประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t -test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แปล ตีค่าข้อมูลและนำเสนอข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2566 เลขที่ REC 032/2566

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์บริบทในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์บริบทในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน ของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า บริบทในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานยังเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั้งในพื้นที่และต่างพื้นที่ โอกาสในการรับบริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างน้อย เนื่องจากช่วงเวลาให้บริการคัดกรองของหน่วยงานมีการเหลื่อมเวลากับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งยังพ่วงในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน

เนื่องจากความเร่งรีบและต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน ทำให้กลุ่มวัยทำงานขาดความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลตนเอง สำหรับหมู่บ้านมีสภาพแวดล้อมแบบชนบทเป็นส่วนใหญ่ที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมตามโครงการมีแหล่งน้ำในการเพาะปลูกพืชผัก ผลไม้ มีสถานที่ในการออกกำลังกาย มีเครือข่ายสุขภาพทุกหมู่บ้านที่จะดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งการมีบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับจุดอ่อนในชุมชนคือการประสานงาน การกำกับติดตาม และการติดตามเยี่ยมที่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี และกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 42.10 รองลงมาคือด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 42.40 และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 42.40 และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องน้อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.10 รองลงมาคือการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.00 และการจัดการความเครียด ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดคือ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 70.56 รองลงมาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ร้อยละ 71.39 และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 71.94 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

วัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 30.56 รองลงมาคือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.97 และการจัดการความเครียด ร้อยละ 56.08 ผลของการวิเคราะห์บริบทในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบสภาพปัญหาในกลุ่มวัยทำงานยังขาดการสนับสนุนทางชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทำงาน และการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสภาพปัญหาที่นำเข้าสู่สำหรับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานในระยะที่ 2 ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยทีมผู้วิจัยได้คืนข้อมูลจากการสอบถามและจากเครื่องมือในการสอบถามและประเมินกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานก่อนดำเนินกิจกรรม โดยเข้าสู่กระบวนการวางแผน (Plan) แก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผน (Action) การติดตามและสังเกตการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ (Observation) จากนั้นทีมผู้วิจัยได้คืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินการถอดบทเรียนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบทั้งกิจกรรมที่สำเร็จได้แก่กิจกรรม 3อ. 3ส. 1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดমনต์ สมาธิ สันทนาการ นาฬิกาชีวิต) ซึ่งปรับจากเดิมคือ 3อ.2ส. และทีมผู้วิจัยจึงนำมาปรับใช้กับกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังพบกิจกรรมที่ยังเป็นปัญหา (Reflection) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนงบประมาณ การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต่อเนื่องและขาดข้อมูลทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามตามเกณฑ์การเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ซึ่งทีมผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายได้ดำเนินการ

ปรับการศึกษาตามวงจร PAOR เป็น 2 วงรอบโดยนำสภาพปัญหาจากการสะท้อนผลในวงจรที่ 1 เข้าสู่การดำเนินงานในวงจรที่ 2 จนบรรลุผลการดำเนินงานตามหลัก 3ก.1ข.1ส. ดังนี้

1) กองทุนหน่วยงานของรัฐที่สนับสนุนทั้งกิจกรรม แผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหา การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึงโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นกองทุนที่มีอยู่ทุกตำบลที่หน่วยบริการชมรม อสม. สามารถขอรับงบประมาณสนับสนุนแผนงาน/โครงการในการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3อ. 3ส. 1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดমনต์ สมาธิ สันทนาการ นาฬิกาชีวิต) นำมาเป็นกิจกรรมหลักในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยมีการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการดำเนินกิจกรรม และเป็นกิจกรรมในการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน

3) การเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มเสี่ยงมีการเสริมสร้างสุขภาพตนเองโดยมีเครือข่ายให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำ ชี้แนะให้กลุ่มเสี่ยงเกิดพลังความสามารถ ร่วมตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ปัญหาของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยการติดตามกลุ่มเสี่ยง มี 2 วิธี ดังนี้

การนัดวัดความดันโลหิตซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข ดำเนินการดังนี้

3.1) กรณี มาตามนัด ให้เจ้าหน้าที่วัดความดันโลหิต และพิจารณาว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมีค่า SBP ≥ 140 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 90 mmHg หรือไม่

- กรณี “ใช่” ส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในการขึ้นทะเบียนและรักษา

- กรณี “ไม่ใช่” เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3อ.3ส.1น.) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.2) กรณี *ไม่มาตามนัด* ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการติดตามอีกครั้ง หากพบว่า

- *มาตามนัด* หลังจากติดตาม ให้ดำเนินการตามข้อ 3.1)

- *ไม่มาตามนัด* หลังจากติดตามให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามที่บ้านแจ้งให้เจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขทราบและดำเนินการตามข้อ 3.1)

4) ข้อมูลการเฝ้าระวังตนเองโดยใช้แอปพลิเคชัน “ขอนแก่น เอ็ด ที ดี (KHONKAEN HTD)” ซึ่งจะวิเคราะห์ผลโดยอัตโนมัติ และมีคำแนะนำการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงจะเห็นข้อมูลเฉพาะตนเองเท่านั้น โดยมีแอดมินในการประมวลผลระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดที่ดึงข้อมูลออกมาเป็นรายตำบล อำเภอ เพื่อจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิต 120-139 mmHg / 80 - 89 mmHg และ (2) ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในการออกติดตามเยี่ยม โดยผลจากการติดตามเยี่ยมหากพบว่ายังมีความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์จะถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาต่อไป



ภาพที่ 2 แอปพลิเคชัน ขอนแก่น เอ็ด ที ดี (KHONKAEN HTD)

5) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาภาคีเครือข่ายที่จะส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. อบต. เทศบาล) ผู้นำชุมชน วัด ชุมชม และปราชญ์ชาวบ้าน โดยเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชุมชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดเสี่ยงลดโรค

3. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

3.1 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 มีอายุระหว่าง 50-54 ปีจำนวน 24 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.97 ปี (S.D.=6.94 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 28 คนคิดเป็น ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสจำนวน 58 คนคิดเป็น ร้อยละ 80.6 มีรายได้เฉลี่ยจำนวน 6,025 บาท (S.D.= 5,407.91 บาท) เป็นประชาชนใน

ชุมชนจำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.2 และส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมการประชุม/อบรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ/กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 62.5 และเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการเข้าร่วมการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมก่อนดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08, S.D.=0.99$) หลังดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37, S.D.= 0.44$) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.41, 95%CI: 0.11-0.45 ด้านกระบวนการพัฒนาก่อนดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06, S.D.= 0.92$) หลังดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47, S.D.=0.46$) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.29, 95%CI: 0.23-0.57 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.19, S.D.= 0.60$) หลังดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73, S.D.= 0.45$) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.54, 95%CI: 0.37-0.70 และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.88, S.D.= 0.55$) หลังดำเนินการคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31, S.D.= 0.31$) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.43, 95%CI: 1.28 -1.57 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทุกด้าน มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ด้าน	ก่อน	หลัง	Mean Difference (M.D.)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	(95 % CI)	
การมีส่วนร่วม	3.08 (0.99)	3.37 (0.44)	0.29 (0.11–0.45)	< 0.001
กระบวนการพัฒนา	3.06 (0.92)	3.47 (0.46)	0.41 (0.23–0.57)	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.19 (0.60)	2.73 (0.45)	0.54 (0.37–0.70)	< 0.001
พฤติกรรมสุขภาพ	1.88 (0.55)	3.31 (0.31)	1.43 (1.28 –1.57)	< 0.001

3.2 ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.57) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	3.73	0.57	มาก
2. ด้านการอำนวยความสะดวก	3.77	0.76	มาก
3. ด้านความรู้ความเข้าใจ/ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมโครงการ	3.89	0.65	มาก
ภาพรวม	3.80	0.57	มาก

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

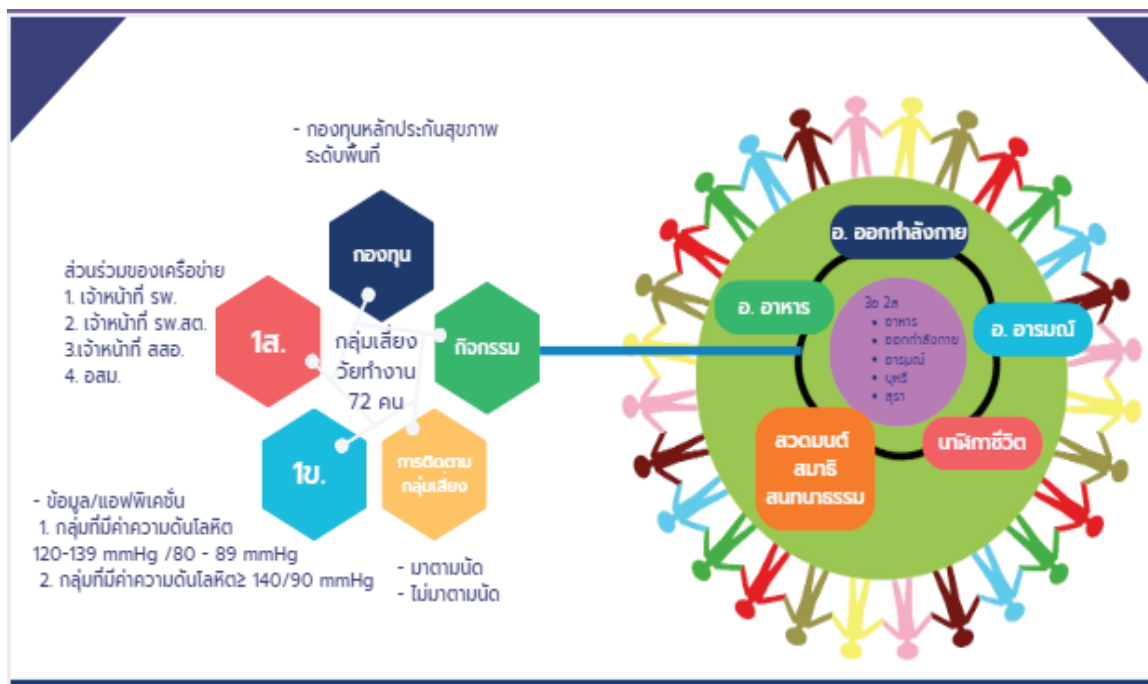
การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน เริ่มต้นจากชุมชน เครือข่ายมีส่วนร่วม ทั้งการร่วมกันเรียนรู้ร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางรูปแบบในการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽¹²⁾ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาศาสนการณ์และบริบทของปัญหาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น โดยการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน พบว่าสถานการณ์การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานของพื้นที่ยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานส่วนใหญ่เดินทางไปทำงานรับจ้างต่างตำบล/อำเภอ ต้องเดินทางไปทำงานแต่เช้า

และกลับเข้าบ้านตอนพลบค่ำ ทำให้โอกาสที่จะมารับ
บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง
ค่อนข้างน้อย เนื่องจากช่วงเวลาที่ให้บริการคัดกรอง
ของหน่วยงานมีการเหลื่อมเวลากับกลุ่มเป้าหมาย
รวมทั้งยังพร่องในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง
วัยทำงานเนื่องจากความเร่งรีบและต้องใช้เวลาส่วนใหญ่
ในการทำงาน ทำให้กลุ่มวัยทำงานขาดความรู้
ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อ
โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอ
กระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

ผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายและสหชนากลุ่มตาม กระบวนการ AIC กลุ่มเป้าหมายได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และ ตัวแทน อสม. จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานมีกิจกรรมที่สำเร็จ ได้แก่ กิจกรรม ตามหลัก 3อ.3ส.1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดชื่น สามี สันทนาการ นาฬิกาชีวิต) โดยปรับ มาจากหลัก 3อ.2ส. แต่ยังพบกิจกรรมที่ยังเป็นปัญหา (Reflection) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนงบประมาณในการจัด กิจกรรม การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต่อเนื่อง และ ขาดข้อมูลทะเบียนรายชื่อกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามตาม เกณฑ์การเยี่ยม ซึ่งทางทีมผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย ได้ดำเนินการปรับการศึกษาตามวงจร PAOR เป็น วงรอบที่ 2 ทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วม ของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ด้วยหลัก 3ก.1ข.1ส. ดังนี้



ภาพที่ 3 การพัฒนารูปแบบด้วยหลัก 3ก.1ข.1ส.

ผลจากการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี⁽¹³⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาหลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุ ตอนต้น⁽⁷⁾ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.57) สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. ของผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ พบว่า ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.62 (S.D.= 0.574)

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ/การอบรมเชิงปฏิบัติการเป็น Health Coach มีอาชีพเพื่อขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้วิถีชุมชน คนสุขภาพดี
2. ควรมีการศึกษาพื้นที่ต้นแบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้บริหารอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่ และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กระนวน บุคลากรกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. กลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอกะนวน และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐอิวรรณ พันธมุง, หทัยชนก เกตุจนา, เบญจมาศ นาคราช, วชัญชนก อีสระ, สุภาพร ศุภษร. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการสถานีสภาพจิตใจดีในชุมชน. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2565.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดัน โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่...ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. Health data center (HDC) รายงานมาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิตสูง. [ต้นเรือทเนือ]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48.
5. อิสรา จูมมาลี, ญัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คำแก้ว, ธาธิณี ศรีศักดิ์นอก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(3): 99-113.

6. นาฏยา คลีเกษร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2566; 38(1): 56-65.
7. สมจิตต์ สินธุ์ชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญฉวี, สุดา เตชพิทักษ์ศิริกุล, จิราภรณ์ ชื่นจำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และคณะ. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1): 58-74.
8. อภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัสร์ ภูมิภู, กัญจน์ ธิชา เรื่องชัยวิสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(2): e258838.
9. Smith, William E. The AIC model: concepts and practice. Washington D.C.: ODII; 1991.
10. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนวัยทำงาน 2565. [ต้นเรือทเนือ] [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/3268>.
11. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์; 2549.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y, Editors. The sage handbook of qualitative research. 3rd Ed. Sage: Thousand Oaks; 2005. P.559-603.
13. ทะนงศักดิ์หลักเขต. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย 2565; 1(3): 61-72.
14. โสภณา จิรวงศ์นุสรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. ของผู้สูงอายุ. Journal of Roi Kaensarn Academi 2565; 7(4): 233-49.

การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

Development of Health Strategic Management in Nong Khai Province

รติวัน พิชัยพันธ์ ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข)

Ratiwan Phisaiphan M.P.H. (Public Health Administration)

ศิวพร เลียววนิชย์เจริญ ค.อ.ม.

Siwaporn Loeivanitcharoen M.S.Ind.Ed.

(คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ)

(Computer and Information Technology)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Nong Khai Provincial Public Health Office

Received: September 19, 2023

Revised: January 25, 2024

Accepted: January 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย และประเมินผลความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ PDCA และประเมินผลการพัฒนาโดยใช้ CIPP Model รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลจำนวน 35 คน และประเมินความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 240 คน โดยใช้แบบประเมินความคิดเห็นและแบบประเมินผลการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ ระบบบริหารยุทธศาสตร์ การนำองค์กร การกำหนดนโยบาย เป้าหมายชัดเจน การวางแผน การดำเนินการ การกำกับ ติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลในรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประสานงานเชื่อมโยงกันและมีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการบริหาร 2) กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การจัดทำนโยบายและ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยใช้หลักการ Six Building Blocks และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการควบคุมกำกับและประเมินผล โดยการพัฒนาโปรแกรมการประเมินผลงาน (eVA NKPH) และระบบรายงานการประเมินผลงาน (eVA REPORT) 3) การประเมินผลกระบวนการบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพด้วย PDCA และ CIPP Model การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 76.60 (Mean=4.00 S.D.=0.62) มีผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 8 และกระทรวงสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 97.0 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและถือเป็น นโยบายสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติ มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และใช้โปรแกรม การประเมินผลงาน (eVA NKPH) และระบบการรายงานการประเมินผลงานสาธารณสุข (eVA REPORT) ไปพัฒนา ต่อเนื่อง ขยายผลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น

คำสำคัญ: การพัฒนา ระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

Abstract

This research and development study with the objective to develop, evaluate the development of health strategic management system (SMS) process using PDCA and CIPP Model in Nong Khai Province. It was designed as a research and development study. The 2 groups of samples were selected: Group 1, 240 public health personnel's working SMS; Group 2, 35 members of public health boards, the research tools consisted of document analysis. The data were collected using an opinion evaluation questionnaires and questionnaires (IOC=0.94 Cronbach' s alpha coefficient= 0.97) for focus groups in order to identify elements that health strategic management success in the implementation of the model. The data were analyzed by using descriptive statistics. The quantitative data were presented as percentage, mean, standard deviation. The qualitative data were described using content analyzed.

The results of this research found that Nong Khai Model Health Strategic Management system 1) Strategic management by public health boards were planning implementation monitoring & evaluation 2) The process of strategic implementation development of policy making strategic plan by the systematic Six Building Blocks and network participation evaluate the development Nong Khai Public Health Evaluation Program (eVA NKPH) and Evaluation Report (eVA REPORT) 3) The overall opinions on the Nong Khai Model Health Strategic Management system process at a high to highest level (76.6% Mean= 4.00, S.D.= 0.62). It was suggested that executive at all levels should pay attention to the strategic management process especially when transferring the policy into practices. The development Nong Khai Public Health Evaluation Program (eVA NKPH) and Evaluation Report (eVA REPORT) should be taken into consideration for further development and implementation to every public health provincial officers.

Keywords: Development, Health Strategic management System

บทนำ

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2545 ฉบับที่ 5 ตามมาตรา 42 และ พระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวดที่ 3 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข และกล่าวไว้ว่า การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โดยแปลงมาจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติตามภารกิจ ตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละส่วนราชการ สอดคล้องกับเป้าหมายและนโยบายของส่วนกลาง ตลอดจนสภาพแวดล้อมขององค์การที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดภารกิจที่จำเป็น

ต้องกระทำ กำหนดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ขององค์การและรัฐบาลโดยเจ้ากระทรวงต้องจัดสรรงบประมาณให้ส่วนราชการในแต่ละปี ประกอบกับรัฐบาลได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อเป็นกรอบการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ภายใต้กรอบการดำเนินงานโดยมีวิสัยทัศน์ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การสร้างความมั่นคง โดยมีความมั่นคงปลอดภัยจากภัยและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศในทุกระดับทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และมีความ

มั่นคงในทุกมิติ ด้านที่ 2 ความมั่นคง โดยประเทศไทยต้องมีการขยายตัวของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ยกระดับเป็นประเทศรายได้สูง ประชากรได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน เศรษฐกิจมีความสามารถในการแข่งขันสูง สามารถสร้างรายได้ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ด้านที่ 3 ความยั่งยืน สร้างการพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่ไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินพอดี ไม่สร้างมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) มีจุดเน้นและเป้าหมายของการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมในระยะ 5 ปี ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ได้อาศัยหลักการและแนวคิด 4 ประการ 1. หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2. การสร้างความสามารถในการ “ล้มแล้ว ลุกไว” 3. เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ 4. การพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้สิ่งที่ท้าทายและปัญหาที่เผชิญในสภาวะปัจจุบัน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้า การลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐมีอย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสุขภาพ) ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) กำหนดกรอบแนวทางการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 (2560-2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (2570-2574) สู่อุบัติการณ์ยั่งยืน ระยะที่ 4 (2575-2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย⁽³⁾

ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพที่รวมพลังทางสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” ภายใต้พันธกิจ “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน” โดยมีเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนภายใต้ค่านิยม MOPH: Mastery, Originality, People – Centered Approach, Humility (เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม) และกำหนดยุทธศาสตร์หลักสู่การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence: การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) Service Excellence: บริการเป็นเลิศ 3) People Excellence: บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) Governance Excellence: บริหารจัดการเป็นเลิศ เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายเขตสุขภาพที่ 8 เป็นหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาคที่ดูแลหน่วยงานสาธารณสุขครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู บึงกาฬ และหนองคาย ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยวิสัยทัศน์ว่า “รวมพลังภาคี เพื่อประชาชนสุขภาพดีและยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์การพัฒนา ดังนี้ 1) เร่งรัดการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพเพื่อความเป็นเลิศ (Excellence) 2) พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเพื่อสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ (Strength) 3) บริหารจัดการและบูรณาการจัดการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (Support)⁽⁴⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เป็นหน่วยราชการกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคายเป็นผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าส่วนราชการ⁽⁵⁾ ดำเนินการภายใต้ภารกิจตามกฎหมาย ได้แก่ จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข กำกับดูแลประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8) มีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการ ติดตาม กำกับ ควบคุม และประเมินผลกลุ่มงาน 13 กลุ่มในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 72 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพ และระบบการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้การจัดการสถานบริการสาธารณสุข 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการบริหารจัดการเพื่อแปลงนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย ไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมเชื่อมโยงไร้รอยต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการประจำปี กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และแผนงานโครงการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล⁽⁶⁾ โดยมีการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)⁽⁷⁾ มาอย่างต่อเนื่องจากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานของหนองคาย โดยประเมินผลจากเป้าหมายด้านสุขภาพและตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 พบว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่

- (1) การกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน
- (2) การนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอตำบลยังขาดความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมายร่วมกัน
- (3) ในการควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่ายังขาดการกำกับติดตามต่อเนื่อง และขาดเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล
- (4) ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ครบถ้วน

ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และการนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จึงได้ดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย อันจะส่งผลให้กระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategy Formulation) กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Strategy Implementation) กระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์ Strategic management System⁽⁸⁾ ดำเนินการสิงหาคม 2565 ถึง สิงหาคม 2566 ศึกษาในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 (Research; R1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย การศึกษาสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดหนองคาย รวมถึงสภาพปัญหาของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามขั้นตอนของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กระบวนการสร้าง

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 2) กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติ และ 3) กระบวนการควบคุม กำกับ และการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 (Development; D1) พัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดหนองคาย Nong Khai Model Health Strategic Management System แบบมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จัดประชุมนำเสนอข้อมูลและรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และพัฒนาโปรแกรมการประเมินผล (eVA NKPH) และระบบรายงานการประเมินผล (eVA REPORT) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 (Research; R2) นำรูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดหนองคาย Nong Khai Model Health Strategic Management System ที่พัฒนาแล้วไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

ขั้นตอนที่ 4 (Development; D2) การประเมินผล (Evaluation) ภายหลังจากนำรูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่พัฒนาสู่การปฏิบัติ โดยใช้การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพด้วย PDCA⁽⁹⁾ และการประเมินภาพรวมของการบริหารยุทธศาสตร์โดยใช้ CIPP Model⁽¹⁰⁾

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยุทธศาสตร์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 1,752 คน

กลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดหนองคาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 35 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลการประเมินความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพด้วย PDCA โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณสัดส่วนประชากร⁽¹¹⁾

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2 \times P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2(P(1-P))}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย N คือ จำนวนประชากรที่ศึกษา 1,752 คน⁽¹²⁾ กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 P = ค่าสัดส่วนความคิดเห็นต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพร้อยละ 80 หรือเท่ากับ 0.80⁽¹³⁾ ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 240 คนโดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน ข้อ 5 คำถาม ในประเด็นการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การแปลงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่แผนปฏิบัติและระบบการควบคุมกำกับและการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนงานโครงการ การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การนำแผนสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับและประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ 1) การวางแผน (Plan) จำนวน 12 ข้อ 2) การปฏิบัติตามแผน (Do) จำนวน 11 ข้อ 3) การตรวจสอบ (Check) จำนวน 9 ข้อ และ 4) การปรับปรุงการดำเนินการ (Act) จำนวน 8 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ

3. แบบประเมินผลภาพรวมการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ ตามแนวทางการประเมินแบบ CIPP Model มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) บริบท (Context) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) และ 4) ผลผลิต (Product)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างด้านการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และแบบประเมินผลภาพรวมการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ตามแนวทางการประเมินแบบ CIPP Model พบว่าค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ⁽¹⁴⁾

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คนในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศถานการณ์ปัจจุบัน กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

ผลวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 35 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับจังหวัด (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) จำนวน 11 คน ผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 10 คน ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานแผนงานระดับจังหวัด 5 คน ระดับอำเภอ 5 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 คน ระดมความคิดเห็นโดยใช้การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) พบสภาพการณ์การดำเนินงาน 5 ประเด็น คือ 1) กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนงานโครงการ เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน 3) ผลการดำเนินงานไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย 4) การดำเนินงานตามนโยบายบางประเด็นไม่ตอบสนองการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ 5) ขาดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารและควบคุมกำกับงาน (MIS)

จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปสภาพปัญหาสำหรับการพัฒนารูปแบบได้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1. กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ 2. การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ 3. การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล จากนั้นผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในระยะของการพัฒนาครั้งที่ 1 ต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

ผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเบื้องต้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และนำเข้า

เป็นปัจจัยเบื้องต้นในการระดมความคิดเห็นในการพัฒนาร่วมกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 35 คน ผลการพัฒนาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “รูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย หรือ Nong Khai Model Health Strategic Management System” ประกอบด้วย

2.1 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวล.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และหน่วยงานระดับตำบล (รพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.) ประกอบด้วย การนำองค์กร การบริหารจัดการทรัพยากรงบประมาณ และบุคลากรร่วมกันในรูปแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด กำกับติดตาม ประเมินผลต่อเนื่องเป็นระบบ และใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) และ MIS (Cockpit 2566) เพื่อประกอบการตัดสินใจโดยผู้นำที่มีธรรมาภิบาล มีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง บริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

2.2 กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย

1) กระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategic Formulation) โดยการวิเคราะห์ความต้องการด้านนโยบาย (Policy Needs) ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Needs) ความต้องการเพื่อตอบสนองภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการ ส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคให้ประชาชนสุขภาพดี (Business Needs) นำมาประกอบการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence: 1. PP&P Excellence 2. Service Excellence 3. People Excellence 4. Governance Excellence) กำหนดนโยบายมุ่งเน้นในการปฏิบัติ “ทำทันที” เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและลงนามคำรับรองการปฏิบัติการในหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และ

กำหนดตัวชี้วัดการประเมินผลผู้บริหารและบุคลากรในสังกัด

2) กระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategic Formulation) กำหนดให้รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดการยุทธศาสตร์ 4 Excellence (Project Manager) และหัวหน้ากลุ่มงานตามภารกิจเป็นเลขานุการ จัดทำมาตรการและกิจกรรมหลักตามกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁶⁾ การแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติการเน้นการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Service Plan เชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้บริหารตรวจเยี่ยมหน่วยงานในสังกัด สร้างความเข้าใจในเป้าหมายร่วม และแนวทางปฏิบัติที่เป็น Best Practice กำกับติดตามงานต่อเนื่องและจัดทำข้อมูลเพื่อการสื่อสารเป็น One Page แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข เพื่อถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ สร้างความเข้าใจในแนวทาง มาตรการ กิจกรรมหลักในการดำเนินงานร่วมกัน และรับฟังข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรคเพื่อการพัฒนาให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย

3) กระบวนการติดตามควบคุม กำกับและประเมินผล (Strategic Evaluation) กำหนดให้มีการติดตามประเมินผลงานหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัด ปีละ 2 ครั้ง กำหนดกรอบแนวทางการประเมินผลตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) และแนวทางการปรับปรุงประสิทธิภาพหน่วยงานราชการ ตามมาตรฐานของสำนักงาน ก.พ.ร. 5 องค์ประกอบ 1) Function Base 2) Agenda Base 3) Area Base 4) Innovation Base 5) Potential Base⁽¹⁷⁾ และพัฒนาโปรแกรมการประเมินผลสาธารณสุข (eVA NKPH) และระบบรายงานการประเมินผล (eVA REPORT) แสดงในรูป Dashboard เพื่อใช้เป็นข้อมูลการรายงานการประเมินผลงานและข้อมูลสนับสนุนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ นำเสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อนำผลไปพัฒนาและต่อยอดให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย

3. ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย

3.1 การประเมินผลความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน พบว่าเป็นเพศหญิงจำนวน 168 คน ร้อยละ 70.0 และเพศชายจำนวน 72 คน ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 42.34 ปี (S.D. = 0.98) จบระดับปริญญาตรีจำนวน 195 คน ร้อยละ 81.3 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีจำนวน 9 คน ร้อยละ 3.80 และสูงกว่าระดับปริญญาตรีจำนวน 36 คน ร้อยละ 15.0 เป็นนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 107 คน ร้อยละ 44.6 พยาบาลวิชาชีพจำนวน 87 คน ร้อยละ 36.3 ตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 46 คน ร้อยละ 19.1 ระยะเวลาการปฏิบัติ

งานมากกว่า 10 ปีจำนวน 187 คน ร้อยละ 77.9 ประสบการณ์ในการบริหารยุทธศาสตร์การจัดทำแผนงานโครงการ การควบคุมกำกับและประเมินผลมากกว่า 10 ปีจำนวน 89 คน ร้อยละ 37.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน พบว่าภาพรวมค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$ S.D. = 0.62) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดคือ ด้านการตรวจสอบ (C) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$ S.D. = 0.61) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตามแผนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$ S.D. = 0.60) ด้านการปรับปรุงการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$ S.D. = 0.63) และด้านการวางแผนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$ S.D. = 0.58) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย (n=240)

ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	แปลผล
การวางแผน (P)	4.06	0.58	มาก
การปฏิบัติตามแผน (D)	4.09	0.60	มาก
การตรวจสอบ (C)	4.11	0.61	มาก
การปรับปรุงการดำเนินงาน (A)	4.07	0.63	มาก
โดยรวม	4.00	0.62	มาก

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ถึงมากที่สุด ร้อยละ 76.6 ($\bar{X} = 4.00$ S.D. = 0.62) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นภาพรวมต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย (n=240)

ความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์	ระดับความคิดเห็น					ค่าคะแนน	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D.
ความคิดเห็นโดยรวม	31	153	53	3	0	4.00	0.62
	12.9 %	63.7 %	32.1 %	1.3 %	0		

3.2 ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์โดยใช้ CIPP Model

ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์ตามแนวทางการประเมินแบบ CIPP Model พบว่า

1) ด้านบริบท (Context) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเป็นหน่วยงานในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด ดำเนินการประสานงานด้านสาธารณสุข กำกับติดตามและประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข บริหารจัดการโดยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) บริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และการจัดการที่มีประสิทธิภาพในรูปแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด

3) ด้านกระบวนการ (Process) ดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่ตอบสนองนโยบายและปัญหาของพื้นที่ กำหนดกระบวนการพัฒนาตามกรอบ Six Building Blocks มีการติดตามควบคุมกำกับโดยใช้ระบบข้อมูลข่าวสารแสดงในรูปแบบ Dashboard อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบการประเมินผลตามมาตรการการปรับปรุงประสิทธิภาพส่วนราชการของสำนักงาน ก.พ.ร. เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงาน และพัฒนาโปรแกรมการประเมินผล (eVA NKPH) และระบบรายงานการประเมินผล (eVA REPORT) เพื่อประเมินผลงานของหน่วยงานระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด

4) ด้านผลผลิต (Product) ผลผลิต ผลลัพธ์ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 4 Excellence โดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพ ร้อยละ 92.18 (1. Function Base ร้อยละ 78.69 2. Agenda Base ร้อยละ 95.00 3. Area Base ร้อยละ 92.79 4. Innovation Base 5. Potential Base ร้อยละ 97.33) ผลงานตัวชี้วัด

4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 79.0 ผลการพัฒนาตามกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ จังหวัดหนองคายได้รับรางวัลผลงานด้านสาธารณสุขดีเด่นจำนวน 35 รางวัล เป็นรางวัลระดับประเทศ 5 รางวัล ระดับเขต 30 รางวัล และมีผลการดำเนินงาน PA (Performance Agreement) กระทรวงสาธารณสุข และผลงานการตรวจราชการตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 97.0 ผลงานเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการระบบบริหารยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การนำองค์กร การมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การกำหนดนโยบายเป้าหมายชัดเจน การวางแผน การดำเนินการ การกำกับติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลในรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประสานงานเชื่อมโยงกัน และมีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการองค์กร 2) กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยใช้หลักการ Six Building Blocks การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข กระบวนการควบคุมกำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบโดยใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการบริการ และมีการพัฒนาโปรแกรมการประเมินผลงาน (eVA NKPH) และระบบรายงานการประเมินผลงาน (eVA REPORT) 3) การประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพด้วย PDCA และ CIPP Model การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 76.60 ($\bar{X} = 4.00$ S.D.=0.62) มีผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 8 และกระทรวงสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 97.0 มีผลงานอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8

อภิปรายผล

รูปแบบระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ Nong Khai Model Health Strategic Management System จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบริหารจัดการองค์การในด้านโครงสร้างการบริหารเชื่อมโยงกันทั่วทั้งองค์การและการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ในด้านการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ได้มีการวิเคราะห์ SWOT Analysis กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต ออกแบบกระบวนการตามกรอบแนวทาง Six Building Blocks ที่สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์และปัญหาของพื้นที่ และกำหนดกลยุทธ์ แผนงาน โครงการ กิจกรรมสำคัญ ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจำนวน 4 ยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดของจิระประภา อัครบวร⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภาครัฐไว้ว่า บุคลากรมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และมีความรู้พื้นฐานด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำแผนได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในด้านการพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ การออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Service Plan เชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้บริหารตรวจเยี่ยมหน่วยงานในสังกัดและจัดทำ One Page แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุขเพื่อถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ สร้างความเข้าใจในแนวทาง มาตรการ กิจกรรมหลักในการดำเนินงานร่วมกันและรับฟังข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรคเพื่อการพัฒนาให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายสอดคล้องกับแนวคิดของ ศศิธร ศรีแก้ว⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า การบริหารยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ควรให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผน การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การนิเทศติดตามการดำเนินการตามแผนจะทำให้การบริหารยุทธศาสตร์มีความสมบูรณ์เกิดประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ ในด้านการพัฒนา

กระบวนการควบคุม กำกับ และประเมินผล ประเมินผลความคิดเห็นต่อการนำกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 76.6 ($\bar{X}$ = 4.00 S.D. = 0.62) ผลผลิต ผลลัพธ์ของการบริหารยุทธศาสตร์อยู่ในระดับคุณภาพ ร้อยละ 81.29 มีผลงานตามตัวชี้วัด 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 0.97 พัฒนาโปรแกรมการประเมินผลสาธารณสุข (eVANKPH) และระบบรายงานการประเมินผล (eVA REPORT) แสดงในรูป Dashboard เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและรายงานผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ สันติ ทวยมีฤทธิ์⁽²⁰⁾ การพัฒนาโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อการควบคุมกำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ และงบประมาณแบบ Real Time การพัฒนาระบบรายงานแบบ Cockpit ความคิดเห็นต่อการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 84.5

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไปโดยพบว่าด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติตามแผน ด้านการตรวจสอบด้านการปรับปรุงการดำเนินการอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้ผลลัพธ์การปฏิบัติราชการอยู่ในระดับสูงและได้รับรางวัลผลงานดีเด่น Best Practice ในทุกระดับ จึงมีข้อเสนอดังนี้ 1) ผู้บริหารทุกระดับ (กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด คปสอ. และ รพ.สต.) ควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และถือเป็นนโยบายสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของหน่วยงานทุกระดับ 2) การพัฒนาระบบการควบคุมกำกับประเมินผลโดยใช้โปรแกรมการประเมินผลงานสาธารณสุขถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจประกอบการบริหารยุทธศาสตร์ บริหารจัดการองค์การให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพทุกหน่วยบริการที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาและขอขอบคุณกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่สนับสนุนบุคลากรและทรัพยากรในการพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและพัฒนาโปรแกรมการประเมินผลงานสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2561.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักงานกฤษฎีกา; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) พ.ศ.2560- 2579. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. ยุทธศาสตร์เน้นหนักเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2553 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 75 ก หน้า 51; 2553.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2561-2565 (รอบปี 2565): สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2565.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2564-2565. กรุงเทพฯ; 2565.
8. พสุ เดชะรินทร์. ชุดเครื่องมือการพัฒนางานองค์กร (Organization Improvement Toolkits) หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2551.
9. The W. Edwards Deming Institute. The PDSA Cycle systemic: steps for gaining valuable Learning and knowledge for the continual improvement of a product or process. New York: Theories & Teachings; 2016.
10. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T. Evaluation models (2nd Eds.); (Chapter 16). Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.
11. Danial WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th Eds. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2566.
13. จตุรงค์ ปานใหม่. การพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2562.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
15. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2551.
16. WHO. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. Switzerland: 2007.

17. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. กรอบและแนวทางการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2565.
18. จิรประภา อัครบวร. ความรับผิดชอบต่อสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2552.
19. ศศิธร ศรีแก้ว, สุตารัตน์ ลิขิตภูมิ. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2561; 14(2): 3-12.
20. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563; 14(33): 52-70.

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

Leadership Soft Skills and Critical Success Factors Affecting The Surveillance and Rapid Response Performance of Public Health Personnel at Sub-district Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province

อภิญญา ปึงมา ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

สุวิทย์ อุดมพานิชย์ ป.ด. (บริหารสาธารณสุข)

ประจักษ์ บัวผัน ป.ด. (พัฒนศาสตร์)

สุรัชชัย พิมหา ป.ด. (วิทยาการระบาดและชีวสถิติ)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Aphinya Phoongma M.P.H. (Public Health Administration)

Suwit Udompanich Ph.D. (Public Health Administration)

Prachak Bouphan Ph.D. (Development)

Surachai Phimha Ph.D. (Epidemiology and Biostatistics)

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: March 26, 2023

Revised: February 19, 2024

Accepted: March 8, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 248 คน สุ่มแบบเป็นระบบได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องทุกข้อมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.98 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 3 มกราคม ถึง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.05$ (S.D.=0.32), 4.07 (S.D.=0.38) และ 4.12 (S.D.=0.41) ตามลำดับ ภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.708$, $r=0.877$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรประกอบด้วยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเองมีผลและสามารถ

ร่วมกันในการพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 79.7 ($R^2 = 0.797$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the leadership soft skills and critical success factors affecting the surveillance and rapid response performance of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. A set of 138 samples was randomly selected by systematic random sampling from 248 of populations. Quantitative data was collected by the questionnaire that was examined and verified by the three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were greater than 0.50 and reliability with Cronbach's alpha coefficient was at 0.98. Qualitative data was collected by the in-depth interview guidelines with 12 key informants. Data was collected between January 3rd to February 3rd, 2023. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics with a significance level of 0.05.

The results showed that the overall level of leadership soft skills, critical success factors, and the surveillance and rapid response performance of public health personnel were at a high level with averages of 4.05 (S.D.=0.32), 4.07 (S.D.=0.38), and 4.12 (S.D.=0.41), respectively. The overall of leadership soft skills and critical success factors had a high level of correlation with the surveillance and rapid response performance of public health personnel ($r=0.708$, $r=0.877$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. Additionally, the five variables consisted of four critical success factors; development of health care facility image, understanding and encouraging cooperation, the link between the subdistrict health promotion hospital and the host hospital, practical aspects in areas that are ready and voluntary to participate, and including one variables of leadership soft skills; self-development affected and could jointly predicted the surveillance and rapid response performance of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province at 79.7 percentage ($R^2 = 0.797$, $p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Leadership Soft Skills, Critical Success Factors, The Surveillance and Rapid Response Performance

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มุ่งเน้นยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและสร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ร่วมเสริมสร้างสุขภาพ พัฒนาสุขภาพะทั้งปัญญากายจิตใจ และสังคม โดยมียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมระบบเฝ้าระวัง เตือนภัยและจัดการทั้งภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ มุ่งเน้นในการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี⁽¹⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจะพัฒนาระบบสุขภาพ

ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาตินั้น ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ และป้องกันโรคมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย ซึ่งในปัจจุบันกรมควบคุมโรคได้กำหนดแผนพัฒนา งานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย ที่รัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข นโยบาย การส่งเสริมศักยภาพที่ดีของการติดตามเฝ้าระวัง โรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำโดยมี เครือข่ายหน่วยเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วใน

การป้องกันการแพร่กระจายของโรคระบาดได้อย่างทันสถานการณ์ ตอบสนองต่อการเปิดสมาคมอาเซียนในปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีห่างไกลจากโรคภัยทางสุขภาพ⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้จัดให้มีการตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) เพื่อเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสุขภาพและชีวิตของประชาชน โดยเริ่มมีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ขึ้นในระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยมีการกิจคือการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และเน้นควบคุมโรคหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁴⁾ จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR2005) ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) นั้น มี 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านการทำงานเป็นทีม 2) องค์ประกอบด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานของทีม 3) ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน และ 4) ด้านผลการปฏิบัติงาน⁽⁵⁾

การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วนั้น สุนทรียทักษะภาวะผู้นำเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งเป็นกลุ่มของทักษะที่ไม่ใช่ทักษะด้านวิชาการหรือความสามารถทางด้านเทคนิคที่ใช้ในการปฏิบัติงานในการประกอบอาชีพโดยตรง มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานและมีผลต่อความสำเร็จของงานซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรู้กระบวนการเข้าใจเกิดกระบวนการเรียนรู้พัฒนา สุนทรียทักษะภาวะผู้นำประกอบด้วย 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะในการพัฒนาตนเอง 2) ทักษะความสามารถในการนำ 3) ทักษะในการคิดริเริ่ม 4) ทักษะในการทำงานเป็นทีม

5) ทักษะในการวางแผนจัดองค์กร 6) ทักษะในการสื่อสาร 7) ทักษะในการสอนงาน และ 8) ทักษะในการนำเสนอ⁽⁶⁾

นอกจากสุนทรียทักษะภาวะผู้นำแล้วการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบลนั้นต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยความร่วมมือจากทุกระดับ ทุกภาคส่วน และที่สำคัญยิ่งคือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีแผนงานรองรับการปฏิบัติงาน รวมทั้งการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน เกิดการทำงานที่คล่องตัว เพื่อที่จะได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทีม ซึ่งรวมถึงการใช้ทรัพยากรภายในกลุ่มให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งการประสานงานของบุคคลในทีมให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ โดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ และ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย⁽⁷⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในปี พ.ศ.2555 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.7 ขอนแก่น) ได้ดำเนินงานเพื่อสอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคและมีการพัฒนาทีมอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันมีทีม SRRT ในระดับเขต 1 ทีม ระดับจังหวัด 4 ทีม ระดับอำเภอ 77 ทีม โดยได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และติดตามประเมินรับรองผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง

พ.ศ. 2561 และตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานจากการสรุปผลการประชุมราชการติดตามผลการดำเนินการประเมิน JIT& SAT และ 5 ระบบ 5 มิติ กลุ่มระดับตติยวิทย์และข่าวกรอง สคร.7 ขอนแก่น ปี 2562 พบว่ามีปัญหาด้านผลงานการปฏิบัติงานของระบบเฝ้าระวังรายงาน 506 ต่ำกว่าร้อยละ 50 อยู่ในเกณฑ์ระดับต้องปรับปรุง เนื่องจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องบางส่วนยังไม่เข้าใจนิยามในการรายงานโรค ทำให้ผลงานด้านการปฏิบัติงานด้านความทันเวลาในเรื่องของการแจ้งเตือนภัยมายังระดับอำเภอที่ล่าช้า รวมถึงการเขียนรายงานการสอบสวนโรคที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน⁽⁸⁾

ดังนั้น จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วดังกล่าวจึงจำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุง และพัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและผ่านมาตรฐานการประเมินเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุนทรีย-ทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้เกิดผลดีต่อประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุนทรีย-ทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาระดับสุนทรีย-ทักษะภาวะผู้นำ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) และเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guideline)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน⁽⁹⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 138 คนที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + W \dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V_U}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์

ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B} = 0.664$

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce Model ($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.B}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A} = 0.645$

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.B} = 0.019$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

W คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0 (เซต B) เท่ากับ 13

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

V คือ ค่าที่ได้จาก $V = N - u - w - 1$

$$\text{แทนค่า } N = \frac{7.8(1-0.664)}{0.664-0.645} + 0$$

$$N = \frac{7.8(0.336)}{0.019} + 0$$

$$N = \frac{2.6208}{0.019}$$

$$N = \frac{137.937}{138}$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 138 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มจำนวน และรายชื่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นทั้งหมด 248 คน พร้อมระบุลำดับจาก 001 – 248 หาช่วงระยะห่างของการเลือก

ตัวอย่างโดยใช้สูตร $I = N/n$ ⁽¹²⁾ ซึ่งเมื่อรวมแล้วครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ 138 ตัวอย่าง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Key Informants) ได้ดีที่สุดประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับอำเภอจำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนประกอบของเครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ มีคำถาม 40 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีคำถาม 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Likert ⁽¹³⁾ โดยมีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guideline) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำ ส่วนที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และ ส่วนที่ 4 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีจำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านสุนทรียทัศนัยภาวะผู้นำเท่ากับ 0.96 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จเท่ากับ 0.97 การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากับ 0.96 และภาพรวมแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับสุนทรียทัศนัยภาวะผู้นำระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งเป็นช่วง

คะแนนเฉลี่ย⁽¹⁴⁾ ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565 ลำดับที่ 4.3.01 : 41/2565 เลขที่โครงการ HE652212 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 3 มกราคม ถึง 3 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 105 คน คิดเป็น ร้อยละ 76.1 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.3 โดยเฉลี่ยอายุ 40.8 ปี (S.D. = 9.72 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุดจำนวน 75 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 80.4 มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุดจำนวน 53 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.4 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 35,863.98 บาท (S.D. = 15,608.39 บาท) รายได้ต่ำสุด 13,000 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11-20 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็น

ร้อยละ 37.7 มีค่ามัธยฐาน 13 ปี ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 39 ปี และผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วส่วนใหญ่ได้รับการอบรมปีละ 1-2 ครั้ง จำนวน 99 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.7 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง จำนวนครั้งน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุด 13 ครั้ง

2. ระดับสุนทรียทักษณะภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับมาก $\bar{X} = 4.05$ (S.D. = 0.32) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านสุนทรียทักษณะภาวะผู้นำ พบว่า ทักษะการทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.22$ (S.D.=0.42) รองลงมาคือ ทักษะการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.14$ (S.D.=0.42) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทักษะในการสอนงานอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.88$ (S.D. = 0.40) รองลงมาคือ ทักษะความสามารถในการนำอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.94$ (S.D.=0.40)

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับมาก $\bar{X} = 4.07$ (S.D.=0.38) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ด้านการสร้างใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.09$ (S.D.=0.46) รองลงมาคือ ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกัน และกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.08$ (S.D.=0.46) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.08$ (S.D.=0.45)

ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.04$ (S.D.=0.42) รองลงมาคือ ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.06$, (S.D.=0.44) ตามลำดับ

4. ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.12$ (S.D.=0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.20$ (S.D.=0.47) รองลงมาคือ ด้านความพร้อมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.11$ (S.D.=0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผลงานในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.08$ (S.D.=0.46) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.10$ (S.D.=0.46)

5. สุนทรียทักษณะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ภาพรวมสุนทรียทักษณะภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.708$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.877$, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างสุนทรียทัศนัภาวะผู้นำกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สุนทรียทัศนัภาวะผู้นำ	การปฏิบัติงาน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
สุนทรียทัศนัภาวะผู้นำ	0.708***	< 0.001	สูง
1. ด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง	0.601***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านทักษะความสามารถในการนำ	0.515***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านทักษะในการคิดริเริ่ม	0.448***	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านทักษะการทำงานเป็นทีม	0.581***	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านทักษะการวางแผนและการจัดองค์กร	0.587***	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร	0.630***	< 0.001	ปานกลาง
7. ด้านทักษะในการสอนงาน	0.483***	< 0.001	ปานกลาง
8. ด้านทักษะในการนำเสนอ	0.560***	< 0.001	ปานกลาง

*** Correlation is significant at the < 0.001 level

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงาน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.877***	< 0.001	สูง
1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.690***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.703***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและ สมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.741***	< 0.001	สูง
4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.816***	< 0.001	สูง
5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.839***	< 0.001	สูง
6. ด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล	0.765***	< 0.001	สูง

*** Correlation is significant at the < 0.001 level

6. สุนทรียทัศนภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($p\text{-value} = 0.077$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล ($p\text{-value} = 0.002$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($p\text{-value} = 0.006$) และสุนทรียทัศนภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง ($p\text{-value} = 0.015$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 79.7

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปรคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม และสุนทรียทัศนภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้ได้คะแนนการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 0.344, 0.136, 0.180, 0.167 และ 0.114 หน่วยตามลำดับ มีค่าคงที่ของการทำนายเท่ากับ 0.290 ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 79.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.344	0.376	5.083	<0.001	0.839	0.704	0.702	0.704
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.136	0.150	1.783	0.077	0.868	0.754	0.750	0.049
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล	0.180	0.202	3.200	0.002	0.880	0.775	0.770	0.021

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์หัตถด้อยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.167	0.177	2.793	0.006	0.887	0.787	0.781	0.012
5. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเอง	0.114	0.120	2.462	0.015	0.893	0.797	0.789	0.009
ค่าคงที่ 0.290, F = 103.450, P-value < 0.001, R = 0.0.893, R ² = 0.797, R ² _{adj} = 0.797, R ² change = 0.789								

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 138 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 34 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 24.6 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ ด้านการทำงานเป็นทีมในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือ ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 61.7 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดคือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ ด้านผลงานในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 50.0

8. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นยังขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการและการพัฒนากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วที่มีคุณภาพ ขาดการสนับสนุนบุคลากรด้านงานวิชาการและ

วัสดุอุปกรณ์ที่พร้อมต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานชุมชนและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถปฏิบัติงานการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทวิจารณ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการในการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วพบว่า ผลงานด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วบางส่วนเขียนรายงานสอบสวนโรคที่ยังไม่ได้มาตรฐานเพราะผู้ปฏิบัติงานยังขาดทักษะความรู้ ความเข้าใจในการเขียนรายงานสอบสวนโรค ควรจัดการอบรมในการเขียนรายงานการสอบสวนโรคที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดกำหนดไว้เพื่อเป็นการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและให้เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน และมีการควบคุมกำกับตรวจสอบจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษา

ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.=0.54)⁽¹⁵⁾, 4.20 (S.D.=0.56)⁽¹⁶⁾, 4.09 (S.D.=0.57)⁽¹⁷⁾ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีบริบทในการทำงาน ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะงานย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระบบการบริการตามมาตรฐานที่วางไว้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนในการปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ทีมควบคุมโรคต้องมีวัสดุอุปกรณ์พร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค ดังนั้น ควรส่งเสริมให้บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อกำหนดเป้าหมายและข้อตกลงในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D.=0.44)⁽¹⁷⁾, 4.18 (S.D.=0.57)⁽¹⁶⁾, 4.11 (S.D.=0.56)⁽¹⁵⁾ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละหน่วยงานย่อมมีบริบทความแตกต่างกันในการกำหนดรูปแบบ การกำหนดแผนสนับสนุนในการดำเนินงาน และด้วยปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่อาจไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระบบการบริการตามมาตรฐานที่วางไว้ได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลในการปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว พบว่าการสนับสนุนบุคลากรด้านงานวิชาการในการปฏิบัติงาน ควรส่งเสริมเจ้าหน้าที่ประจำให้ได้มีโอกาสพัฒนาตนเอง เรียนรู้ในงานที่รับผิดชอบให้มีความรู้

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่งผลให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และจัดทำแผนอัตรากำลังตามตำแหน่งที่ขาดแคลน จัดหารายได้เข้าเงินบำรุงเพื่อจัดจ้างบุคลากรเพิ่ม หรือมีการขอสนับสนุนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นตามตำแหน่งที่ขาดแคลนให้มาช่วยราชการ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D.=0.53)⁽¹⁶⁾, 4.12 (S.D.=0.49)⁽¹⁹⁾, 3.66 (S.D.=0.68)⁽¹⁵⁾ ตามลำดับ ทั้งนี้การจัดระบบเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่มีคุณภาพในบางพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระบบการบริการตามมาตรฐานที่วางไว้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว พบว่า วัสดุอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอต่อปฏิบัติงานและเสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน ทำให้การปฏิบัติงานไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ควรจัดประชุมแลกเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหา หาวิธีทดแทนในพื้นที่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหาที่เกิดขึ้น ระดมความคิด ระดมทุนในการแก้ไขปัญหา เพื่อความยั่งยืนและเข้มแข็ง จัดทำแผนงบประมาณ คน เงิน ของ ให้เพียงพอและทันต่อสถานการณ์เกิดโรคระบาด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมสมัครใจและชุมชนมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.56)⁽¹⁶⁾, 4.00 (S.D.=0.54)⁽¹⁸⁾, 3.95 (S.D.=0.62)⁽²⁰⁾ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละพื้นที่ชุมชนและภาคีเครือข่ายอาจไม่พร้อมในการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระบบการบริการตามมาตรฐานที่วางไว้ จึงทำให้ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว โดยพบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.45 (S.D.=0.75)⁽²¹⁾

สุนทรียทัศนัชภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วพบว่า ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความเข้าใจถึงจุดแข็งและยังขาดการปรับปรุงและพัฒนาจุดอ่อนของตนเองในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จึงควรต้องมีการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และเมื่อเจอปัญหาในขณะทำงานให้แก้ปัญหาโดยทันที มีการประชุมแลกเปลี่ยนกับผู้น้องคัก หรือเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน และสามารถยอมรับความคิดเห็นผู้อื่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาตนเองซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าระดับสุนทรียทัศนัชภาวะผู้นำในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.=0.40)⁽²²⁾, 3.96 (S.D.=0.44), 3.57 (S.D.=0.36)^(23,24) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าสุนทรียทัศนัชภาวะผู้นำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ประสบความสำเร็จช่วยให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและเน้นการทำงานเป็นทีม สร้างแรงจูงใจใญ่มั่นแน่วและชักจูงให้บุคลากรทำงานร่วมกัน มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการใช้ชีวิตและการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ สามารถนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีบริบทในการทำงาน ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะงานย่อม

มีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระบบการบริการตามมาตรฐานที่วางไว้ได้จึงทำให้ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว โดยพบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.=0.51)⁽²⁵⁾

สรุป

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมและสุนทรียทัศนัชภาวะผู้นำด้านทักษะในการพัฒนาตนเองซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรมีผลและสามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 79.7

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เพื่อกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานชุมชนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับปัญหา และบริบทของแต่ละพื้นที่

3. การส่งเสริมและสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เพื่อให้มีความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4. การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่พร้อม สอดคล้องกับปัญหา และเพียงพอต่อปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในชุมชนในแต่ละพื้นที่

5. การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงจุดแข็งและพัฒนาจุดอ่อนของตนเอง ตลอดจนมีความพยายามมุ่งมั่นที่จะพัฒนาความสามารถในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารผลในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
2. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค. แผนพัฒนา งานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
3. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
4. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค. แนวทางการ ดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่าย ระดับตำบล. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย; 2555.
5. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและ แนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
6. Crosbie-R. Learning the soft skills of leadership. Industrial and Commercial Training 2005; 37(1): 45-51.
7. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวัฒนากร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2553.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการประชุมราชการติดตามผลการดำเนินงาน การประเมิน JIT&SAT และ 5 ระบบ 5 มิติ กลุ่มโรคบาติวิทยาและข่าวกรอง. ขอนแก่น: สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2562.

9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ทะเบียนรายชื่อทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา); 2565.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. สุวิชัย งามมูลเสศ, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2561; 25(1): 23-34.
12. วินัส พิษวนิชย์, สมจิตร วัฒนชากุล, เบญจมาศ ตูลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โพรพรินติ้ง; 2547.
13. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
14. สำเร็จ จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
15. เปรมการ หาดไธสง, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2): 175-88.
16. พรธรา อินทธีรมย์, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(1): 201-12.
17. สุทธิยา เป้าวัน, ประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2): 237-48.
18. นัฐรินทร์ ช่างศรี, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(2): 166-78.
19. ปณิวิทย์ คำสมาน, มกราพันธุ์ จูฑะระสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 223-35.
20. ทศพล ใจทาน, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัช พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 161-71.
21. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัช พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 19(1): 149-60.
22. สุระศักดิ์ เจริญคุณ, ชนะพล ศรีถาษา. สุนทรียัททะกะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 13(3): 69-77.

23. กฤษณะ อุ้นทะโคตร, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและสุนทรียทัศนัะภาวะผู้นำต่อการประเมินโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2561; 2(1): 12-3.
24. นิลุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. สุนทรียทัศนัะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563; 2(1): 72-83.
25. จันทรเพ็ญ ภูมูล, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 12(2): 300-10.

ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

Performance Evaluation of Preventive and Control Measures for Liver Fluke and Cholangiocarcinoma in Sa Kaeo Province, 2022

สุจิตรา เทพมงคล พย.บ.

ดารณี จุนเจริญวงศ์วศ.ม. (บริหารสาธารณสุข)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

Suchitra Tephmongkol B.N.S

Daranee Junjaroenwongsa M.Sc. (Public Health Administration)

Office of Disease Prevention and Control, Region 6 Chonburi

Received: August 25, 2023

Revised: January 25, 2024

Accept: February 13, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และการสะท้อนกลับข้อมูลตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณพ.ศ.2565 เป็นการวิจัยประเมินผล กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่จังหวัดสระแก้วจำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการดำเนินงาน แบบสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และแบบสอบถามความรู้ด้านการสื่อสาร ตามบริบท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านปัจจัยนำเข้ามีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานครอบคลุม 5 มาตรการ ได้แก่ การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล การสื่อสารตามบริบท พื้นที่ และพัฒนานวัตกรรม 2) ด้านกระบวนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เป็นไปตามแผนคือ 9 อำเภอ 59 ตำบล ตำบลละ 100 ราย รวมทั้งสิ้น 5,900 ราย คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเป็นไปตามแผนจำนวน 2,000 ราย จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล มีการประชุมเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข การสื่อสารตามบริบทพื้นที่เป็นไปตามแผน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอวัฒนานคร และพัฒนานวัตกรรมเป็นไปตามแผนการพัฒนาศูนย์ในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ 3) ด้านผลผลิตโดยเปรียบเทียบค่าเป้าหมายตามผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัด พยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568 โดยผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปี ขึ้นไป ความชุกร้อยละ 2.92 (ความชุก < ร้อยละ 1) อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 0.01 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2578 อัตราการตาย 0.003 ต่อประชากรแสนคน) การจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล บ่อนำบัด ใช้ได้ อำเภอละ 1 บ่อ (9 อำเภอ/9 บ่อ)

ผลการประเมินหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดระบบการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้ ต่อเนื่อง พร้อมทั้งคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ตลอดจนพัฒนาแนวทางใหม่ๆ เช่น การตรวจพยาธิโดยการตรวจปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การบรรลุตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ ประเมินผลการดำเนินงาน

Abstract

This study aims to assess the process of the performance of the input factors, process, productivity, and data feedback according to prevention and control measures for liver fluke and Cholangiocarcinoma in Sa Kaeo Province in Fiscal Year 2022, this is evaluation research. Target group were 11 persons who responsible for liver fluke and Cholangiocarcinoma in Sa Kaeo Province. Personnel interview form and a questionnaire on contextual communication knowledge and analyze the data with descriptive statistics, including frequency, number, percentage, mean, and standard deviation. The study results showed that 1) Import factors: There are 5 measures: liver fluke screening; Screening for Cholangiocarcinoma organize a sanitation system Sewage Management Local contextual communication and develop innovation 2) Process: Screening for liver flukes according to the plan, there are 9 districts, 59 sub-districts, 100 cases per sub-district, a total of 5,900 cases. Screening for Cholangiocarcinoma is according to the plan, 2,000 cases. Organize a sanitation system and sewage management, having a meeting with the officer of Municipalities, Subdistrict Administrative Organization (SAO) and Provincial Public Health Office. Local contextual communication in accordance with the health behavior change plan and creating health literacy in 1 district, which is Watthana Nakhon District and develop an innovation is in accordance with the personnel development plan for screening and diagnosis of liver fluke using artificial intelligence 3) Productivity: Comparing the target value according to the performance and the target value according to the Strategic Plan of Opisthorchiasis & Cholangiocarcinoma Elimination Strategy phase 2 (2019 – 2025). The results of screening for liver fluke in the target group aged 15 years and over, were prevalence 2.92% (prevalence < 1%). Mortality rate of cholangiocarcinoma 0.01 per 100,000 population (mortality rate 0.003 per 100,000 population in 2035). Organization a sanitation system, Sewage management and treatment pond, can be used 1 pond/district (9 districts/9 ponds).

Results from the assessment, relevant departments should have a system for supervision, monitoring and evaluation of performance on a continuous basis along with returning the performance data as well as developing new approaches to lead to the achievement of the Strategic Plan of Opisthorchiasis & Cholangiocarcinoma Elimination Strategy phase 2 (2019 – 2025)

Keywords: Liver fluke, Performance Evaluation

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568 เป้าหมายคือ อัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่ง อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 และปลาปลอดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 1 โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุม

ของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนเพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดี 14.6 ต่อประชากร 100,000

คนต่อปี โดยสาเหตุที่สำคัญที่สุดเกิดจากการติดพยาธิใบไม้ในตับ จากวิถีชีวิตดั้งเดิมที่ชอบกินปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาวดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยมีรายงานว่าพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 6-7 เท่าต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จากการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ายังมีประชาชนติดพยาธิใบไม้ในตับมากกว่าร้อยละ 5 ในบางส่วนของพื้นที่เสี่ยงสูง ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยยังพบผู้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศไทย⁽²⁾

จังหวัดสระแก้วเป็นเพียงจังหวัดเดียวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ย้ายถิ่นมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพเกษตรกรรมทำไร่ ทำนา มีวิถีชีวิตและการรับประทานอาหารแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ จากข้อมูลการเสียชีวิตของจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ.2562 พบว่าสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของจังหวัดสระแก้วคือโรคมะเร็ง โดยพบว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดสอดคล้องกับผลการตรวจพยาธิใบไม้ในตับที่พบสูงเกือบทุกอำเภอ จากสภาพปัญหาดังกล่าว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานที่นำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ในตับ พ.ศ. 2559-2568 สู่การปฏิบัติผ่าน 4 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง 3) การจัดสิ่งแวดล้อมบ่อบำบัดการจัดการสิ่งปฏิกูลได้มาตรฐาน และ 4) การสื่อสารตามบริบทพื้นที่⁽³⁾ จากการทำงานตามมาตรการดังกล่าว ยังขาดข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว โดยแนวทางการประเมินเชิงระบบเป็นการประเมินโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ระบบที่มีความเชื่อในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Input-Process-Output) หาข้อสรุปเชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยป้อนเข้ากับผลผลิต พร้อมทั้งสรุปผลที่ได้ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ หรือเน้นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพ

กับโครงการอื่นในแง่ผลผลิตที่คาดหวังโดยใช้เกณฑ์การสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุด⁽⁴⁾ โดยมีการนำแนวทางการประเมินดังกล่าวมาใช้ในการประเมินค่าบริหารจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2560 ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และการสะท้อนกลับข้อมูล⁽⁵⁾

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ผลที่ได้คาดว่าจะได้ข้อมูลผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ผลคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง ผลการจัดสิ่งแวดล้อมบ่อบำบัดการจัดการสิ่งปฏิกูลได้มาตรฐานและผลการสื่อสารตามบริบท เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ในตับ พ.ศ. 2559-2568 ในระยะที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และการสะท้อนกลับข้อมูลตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามมาตรการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จัดระบบสุขภาพบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล การสื่อสารตามบริบทพื้นที่และพัฒนานวัตกรรม

พื้นที่ดำเนินการ พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ อำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอลองหาด อำเภอดาพระยา อำเภอวัฒนานคร อำเภอโคกสูง อำเภออรัญประเทศ อำเภอเขาฉกรรจ์ และอำเภอดงน้ำเย็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 11 คน

เครื่องมือการวิจัยและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบบันทึกผลการดำเนินงานการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จัดระบบสุขภาพการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ และพัฒนานวัตกรรม

2. แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

3. ประเด็นสอบถามความรอบรู้ด้านการสื่อสารตามบริบทในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ทั้งฉบับด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. ด้านปัจจัยนำเข้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นสำคัญคือ กำหนดเป้าหมายตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการบันทึกจากเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พบว่าการกำหนดเป้าหมายด้านการสื่อสารตามบริบทพื้นที่โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่ครบทุกอำเภอ และการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมยังไม่ชัดเจนในระดับพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

ปัจจัยนำเข้า	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
- การกำหนดเป้าหมายคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ร้อยละ 100 ของอำเภอในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว มีการกำหนดเป้าหมายการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	กำหนดเป้าหมายได้ครบ 9 อำเภอ จำนวน 59 ตำบล ตำบลละ 100 ราย รวมทั้งสิ้น 5,900 ราย
- การกำหนดเป้าหมายคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ 100 ของอำเภอในพื้นที่จังหวัดสระแก้วมีการกำหนดเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	กำหนดเป้าหมายได้ครบ 9 อำเภอ รวมเป้าหมาย 2,000 ราย
-การกำหนดเป้าหมาย จัดระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	ร้อยละ 100 ของอำเภอในพื้นที่จังหวัดสระแก้วมีการกำหนดเป้าหมายการจัดระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	กำหนดเป้าหมายได้ครบ 9 อำเภอ มีพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบครบวงจรในพื้นที่เสี่ยง

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
- การกำหนดเป้าหมายการสื่อสารตามบริบทพื้นที่	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 อำเภอ	กำหนดเป้าหมายได้ครบ 1 อำเภอ คือ อำเภอวัฒนานคร
- การกำหนดเป้าหมายพัฒนานวัตกรรม	ร้อยละ 80 ของบุคลากรได้รับการพัฒนาในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์	

2. ด้านกระบวนการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การจัดทำแผน การสื่อสารแผน การติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผลการดำเนินงานบรรลุผลกิจกรรมตามแผนทุกมาตรการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

ด้านกระบวนการ	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
- การจัดทำแผน	ร้อยละ 100 ของกิจกรรมตามแผนมีความสอดคล้องกับมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	มาตรการที่ 1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ: มีการจัดทำแผนคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 9 อำเภอ 59 ตำบล ตำบลละ 100 รายทั้งสิ้น 5,900 ราย มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี: มีการจัดทำแผนการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี มีเป้าหมาย จำนวน 2,000 ราย มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล: มีการจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพ โดยประชุมเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข เพื่อผลักดันการจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่: มีการจัดทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอวัฒนานคร

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ต่อ)

ด้านกระบวนการ	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
- การสื่อสารแผน	ร้อยละ 100 ของอำเภอในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว รับทราบแผน	มาตรการที่ 5 พัฒนानวัตกรรม: มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ จังหวัดมีการสื่อสารแผนคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ แผนการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี แผนการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข แผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแผนพัฒนาบุคลากรในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์
- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน	ร้อยละ 100 ของกิจกรรมตามแผนตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ได้รับข้อเสนอแนะ	มาตรการที่ 1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ: ผลการดำเนินงานคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ ตามแผนคือ จำนวน 9 อำเภอ 59 ตำบล ตำบลละ 100 ราย ทั้งสิ้น 5,900 ราย การบรรลุ: บรรลุเป้าหมายกิจกรรม มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี: ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี มีเป้าหมายจำนวน 2,000 ราย โดยช่วง 6 เดือนแรก สามารถดำเนินการได้ 1,500 ราย และช่วง 6 เดือนหลัง สามารถเร่งเป้าหมาย 500 ราย การบรรลุ: บรรลุเป้าหมายกิจกรรม มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล: ผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพโดยประชุมเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข เพื่อผลักดันการจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ การบรรลุ: บรรลุเป้าหมายกิจกรรม แต่ยังไม่สามารถจัดให้มีบ่อบำบัดได้ มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่: ผลการดำเนินงานตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอวัฒนานคร

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ต่อ)

ด้านกระบวนการ	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
		การบรรลุ: บรรลุเป้าหมายกิจกรรม โดยยังขาดการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในอีก 8 อำเภอ มาตรการที่ 5 พัฒนานวัตกรรม: ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาบุคลากรในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ การบรรลุ: บรรลุเป้าหมายกิจกรรม ควรมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านผลผลิตผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลผลิต ประกอบด้วย การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี การจัดระบบสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล และการสื่อสารตามบริบทพื้นที่ พบว่า

ทุกมาตรการยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลผลิตตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

ด้านผลผลิต	ตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินงาน
1. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ความชุก < ร้อยละ 1	ความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.92
2. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	ปี 2578 อัตราการตาย 0.003 (ต่อประชากรแสนคน)	อัตราการตาย 0.01 (ต่อประชากรแสนคน)
3. การจัดระบบสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล		
3.1 บ่อบำบัด	อำเภอ ละ 1 บ่อ (9 อำเภอ)	มีบ่อบำบัด 3 แห่ง ใช้ได้ 1 แห่ง อยู่ระหว่างปรับปรุง 2 แห่ง
3.2 การติดพยาธิใบไม้ตับในปลา	ความชุก < ร้อยละ 1	ไม่มีการตรวจหาพยาธิใบไม้ในตับ
4. การสื่อสารตามบริบทพื้นที่	ร้อยละ 100 ของผู้ติดเชื้อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อทุกราย

4. ด้านการสะท้อนผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสะท้อนผลตามมาตรการพยาธิใบไม้ดับ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี การจักระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล และ

การสื่อสารตามบริบทพื้นที่พบว่าทุกมาตรการยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ดับ พ.ศ. 2559–2568 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการสะท้อนกลับข้อมูลตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

มาตรการ	ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
คัดกรองพยาธิใบไม้ดับ	1. ประชาชนในพื้นที่ไม่ประสงค์ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับ เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 2. สสอ. และ รพ.สต. ไม่สามารถลงพื้นที่ดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องไปปฏิบัติภารกิจโรคโควิด 19 3. ประชาชนที่รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับส่วนใหญ่ในหลายพื้นที่ของตำบลเป็นรายชื่อเก่าของปีงบประมาณที่ผ่านมาที่นำมาตรวจซ้ำในปีงบประมาณใหม่ ทำให้การคัดกรองพยาธิใบไม้ดับไม่ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่ได้ตรวจ	1. ควรคืนมูลให้กับประชาชนและชี้แจงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และร่วมกันค้นหาวิธีการเพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและเข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับ 2. หน่วยงานในระดับพื้นที่ สสอ. และ รพ.สต. แต่ละตำบลควรจัดวางแผนบูรณาการ การปฏิบัติงานตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับควบคู่กับภารกิจโควิด 19 และประเมินความเสี่ยง ความรุนแรงจากสถานการณ์โควิด 19 โดยสสจ.ในฐานะผู้เร่งรัด ผลักดัน ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่นำร่อง ควรกระตุ้น สนับสนุนการดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยง (coaching) 3. รพ.สต. แต่ละตำบลสำรวจรายชื่อประชาชนทั้งเก่าและใหม่ รวบรวมวิเคราะห์ จัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้การคัดกรองพยาธิใบไม้ดับครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกราย
คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	1. เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้การประสานงานและการตรวจคัดกรองระดับจังหวัดไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2. สสอ. และ รพ. ในหลายพื้นที่ไม่ดำเนินการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องและดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ	สสจ.ในฐานะผู้เร่งรัด ผลักดัน ขับเคลื่อนนโยบายฯ ควรกระตุ้น สนับสนุนการดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยง (coaching) ให้กับ สสอ.และ รพ. และจัดให้มีการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีควบคู่กับภารกิจโควิด 19 ร่วมกับประเมินความเสี่ยง ความรุนแรงจากสถานการณ์โควิด 19

ตารางที่ 4 ผลการสะท้อนกลับข้อมูลตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ต่อ)

มาตรการ	ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
จัดระบบ สุขภาพ บริหารจัดการ สิ่งปฏิกูล	1. บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลชำรุด จำนวน 2 บ่อ อยู่ระหว่าง ปรับปรุง ได้แก่ เทศบาลเมืองสระแก้ว อ.เมือง สระแก้ว จำนวน 1 แห่ง และ เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จำนวน 1 แห่ง 2. ดำเนินการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ การจัดการ สิ่งปฏิกูลยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จ.สระแก้ว 3. การเก็บขนส่งสิ่งปฏิกูลยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จ.สระแก้ว 4. อปท. ไม่ได้จัดตั้งงบประมาณและจัดทำโครงการ สำหรับจัดระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรพยาธิ 5. การสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลไม่สามารถทำได้ใน ทุกพื้นที่เทศบาล/อบต. เนื่องจากไม่มีพื้นที่สำหรับ ก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล	ควรจัดให้มีเวทีหรือการประสานความ ร่วมมือดำเนินการร่วมกันระหว่าง สสจ. สระแก้วและ องค์การส่วนปกครองท้องถิ่น (อปท.) ในการที่จะผลักดัน ขับเคลื่อน การดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม ชัดเจน เช่น การจัดทำแผนการจัดการสิ่งปฏิกูล การออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ การ จัดการสิ่งปฏิกูล การเก็บขนส่งสิ่งปฏิกูล ของอปท.ส่วนท้องถิ่นและเอกชน
การสื่อสาร ตามบริบท พื้นที่	1. การจัดกิจกรรมณรงค์และสื่อสารประชาสัมพันธ์ ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เน้นการจัดการตำบลสุขภาพใน อำเภอเดียวกัน ไม่ทั่วถึงและยังไม่มีขยายไปยัง พื้นที่อำเภอและตำบลอื่นของจังหวัดสระแก้ว	1. เน้นการมีส่วนร่วม คัดเลือกให้ ประชาชนและคนในชุมชน ชี้ให้เห็นความ รุนแรงของโรค ตระหนักถึงความสำคัญ ของปัญหา เข้ามาช่วยแก้ไขปัญห และ จัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการรณรงค์การ ทำกินสุก ปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี ปลอดภัย จากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น 2. ผู้รับผิดชอบงานหรือหน่วยงานภาคี เครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการ งานฯ กับตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อให้เข้า ถึงชุมชนครอบคลุมทุกหมู่บ้านและ โรงเรียนในตำบลนั้น ๆ จะส่งผลให้ ประชาชนและชุมชนในพื้นที่เสี่ยงมี ความรู้ ความเข้าใจ รับรู้ในข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 ผลการสะท้อนกลับข้อมูลตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ต่อ)

มาตรการ	ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
พัฒนา นวัตกรรม	อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนานวัตกรรม เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องไปปฏิบัติภารกิจโควิด 19	3. หน่วยงานและผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารในรูปแบบ สื่อออนไลน์ (social media) และ Infographic เพื่อให้น่าสนใจ เข้าถึงได้ง่าย สะดวก และทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับยุคสมัย
		หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องระดับพื้นที่ควร ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรม กระบวนการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุ วัตถุประสงค์โครงการได้ในอนาคต

สรุปผลการศึกษา

1. ด้านปัจจัยนำเข้า สามารถกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานได้ครอบคลุม 5 มาตรการ ได้แก่ การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จัดระบบสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ และพัฒนานวัตกรรม

2. ด้านกระบวนการ มี 3 กระบวนการ ได้แก่ การจัดทำแผน การสื่อสารแผน การติดตามและการประเมินผล สามารถสรุปได้ดังนี้ มาตรการที่ 1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เป็นไปตามแผนคือจำนวน 9 อำเภอ 59 ตำบล ตำบลละ 100 ราย ทั้งสิ้น 5,900 ราย มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี เป็นไปตามแผนจำนวน 2,000 รายโดยช่วง 6 เดือนแรกสามารถดำเนินการได้ 1,500 ราย และช่วง 6 เดือนหลังสามารถเร่งเป้าหมาย 500 ราย มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล มีการประชุมเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข เพื่อผลักดันการจัดให้มีบ่อบำบัด

สิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ เป็นไปตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอดงเจน และมาตรการที่ 5 พัฒนานวัตกรรม เป็นไปตามแผนการพัฒนาศูนย์ในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์

3. ด้านผลผลิต โดยเปรียบเทียบค่าเป้าหมายตามผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568 โดยผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปี ขึ้นไป ความชุกร้อยละ 2.92 (ความชุก < ร้อยละ 1) อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 0.01 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2578 อัตราการตาย 0.003 ต่อประชากรแสนคน) การจัดระบบสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล บ่อนำบัตอำเภอใช้ได้ 1 บ่อ (9 อำเภอ/9 บ่อ)

อภิปรายผล

1. จากผลการดำเนินงานด้านกระบวนการ 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ และมาตรการที่ 5 พัฒนานวัตกรรม เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะที่ 2 ปี 2559–2568 ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบาย และการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคในลุ่มน้ำโขง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อ ทั้งระบบแบบบูรณาการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันและจัดการสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามและประเมินผล⁽⁷⁾ ดังนั้น จังหวัดควรทบทวนมาตรการและแปลงยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะที่ 2 ปี 2559–2568 สู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ด้านกระบวนการพบว่าตำบลมีแผนสุขภาพตำบล มีการจัดณรงค์กินปลาสุก การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง โรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอน และมีการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วย และด้านผลผลิตพบว่ามีนวัตกรรมที่เกิดขึ้น ประชาชนในทุกตำบลมีความชุกพยาธิใบไม้ตับลดลง มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี และส่งต่อไปสู่การรักษา ตลอดจนผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลระดับประคองครอบคลุมทุกตำบล การกำจัดสิ่งปฏิกูลพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องในพื้นที่เป้าหมาย นักเรียนพบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับลดลง ความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคดีขึ้น และพื้นที่นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนปรับปรุงงานต่อไป

2. จากผลการดำเนินงานด้านกระบวนการมีการจัดทำแผน การสื่อสารแผน และการติดตามประเมินผล 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เป็นไปตามแผนคือ จำนวน 9 อำเภอ 59 ตำบล ตำบลละ 100 ราย ทั้งสิ้น 5,900 ราย มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี เป็นไปตามแผนจำนวน 2,000 ราย โดยช่วง 6 เดือนแรกสามารถดำเนินการได้ 1,500 ราย และช่วง 6 เดือนหลังสามารถเร่งเป้าหมาย 500 ราย มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล มีการประชุมเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต./สาธารณสุข เพื่อผลักดันการจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่เป็นไปตามแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 อำเภอ คืออำเภอวัฒนานคร และมาตรการที่ 5 พัฒนานวัตกรรม เป็นไปตามแผนการพัฒนาศักยภาพในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญาประดิษฐ์ ด้านผลผลิต โดยเปรียบเทียบค่าเป้าหมายตามผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559–2568 โดยผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปี ขึ้นไป ความชุกร้อยละ 2.92 (ความชุก < ร้อยละ 1) อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 0.01 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2578 อัตราการตาย 0.003 ต่อประชากรแสนคน) การจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล บ่อบำบัดอำเภอใช้ได้ 1 บ่อ (9 อำเภอ/9 บ่อ) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทวนกร พรหมภักดี และคณะ⁽⁵⁾ ทำการพัฒนารูปแบบการติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระยะที่ 2 พบว่าผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ (1) ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.32 (2) ความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับในปลาร้อยละ 9–10 (3) อัตราการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี 47.34 ต่อประชากรแสนคน

(4) โรงเรียนที่สอนเด็กนักเรียนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 66.97 และ (5) การจัดสิ่งแวดล้อม บ่อบำบัด การจัดการสิ่งปฏิกูลได้มาตรฐาน ร้อยละ 16.88 ดังนั้น จังหวัดควรมีการทบทวนกิจกรรม การดำเนินงาน 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 คัดกรอง พยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปี ขึ้นไป ควรหาวิธีการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับที่ง่าย และสะดวก เช่น การตรวจด้วยปัสสาวะ หรือโดยการตรวจ ปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูปอย่างรวดเร็ว (OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT))⁽⁸⁾ มาตรการที่ 2 คัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดี ควรพัฒนาระบบการคัดกรองให้เข้าถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะสุดท้าย มาตรการที่ 3 จัดระบบ สุขาภิบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล โดยเฉพาะการสร้าง ความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อผลักดันและ ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดทำแผนการจัดการ สิ่งปฏิกูลให้บรรลุตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนการตรวจความปลอดภัยในพื้นที่ของ จังหวัดสระแก้ว มาตรการที่ 4 การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ ควรขยายพื้นที่ในการสร้างความรอบรู้ให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่และทุกกลุ่มเป้าหมาย และมาตรการที่ 5 พัฒนา นวัตกรรม นอกจากการพัฒนาบุคลากรในการตรวจ คัดกรองและวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัญญา ประดิษฐ์ ควรมีการนำเทคโนโลยีใหม่ เช่น OV-RDT มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่และความต้องการของ ประชาชนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 ผลจากการวิจัยการดำเนินงานตามมาตรการ หน่วยงานระดับปฏิบัติควรทบทวนการดำเนินการ การสื่อสารตามบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกกลุ่ม เป้าหมาย

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดระบบ การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้ ต่อเนื่อง พร้อมทั้งคืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้พื้นที่ได้ สามารถนำไปปรับกระบวนการดำเนินงานในต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมตามมาตรการการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี

1.3 ควรพัฒนาความร่วมมือเชิงวิชาการ กับสถาบันด้านวิชาการในการตรวจความปลอดภัยใน พื้นที่ของจังหวัดสระแก้ว

2. ข้อเสนอแนะนโยบาย

2.1 การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชน กลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีวิธีการค่อนข้างง่าย และน่าเชื่อถือ ควรทบทวนวิธีการตรวจคัดกรองพยาธิ ใบไม้ตับที่ง่ายและสะดวก เช่น การตรวจด้วยปัสสาวะ OV-RDT เป็นต้น

2.2 ควรพัฒนานวัตกรรมด้านข้อมูลเกี่ยวกับการ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาพ ของประเทศ เพื่อประโยชน์การใช้ข้อมูลร่วมกัน

2.3 ควรพัฒนาความร่วมมือเชิงนโยบายใน การจัดระบบสุขาภิบาลและบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กับองค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงวรา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่ สนับสนุนการศึกษานี้ ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การพิชิตโรคในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. เจาะระบบสุขภาพ สบส. ลุยพื้นที่ 30 จังหวัดนำร่องป้องกันและควบคุมมะเร็งท่อน้ำดี สร้างระบบเฝ้าระวังเตือนภัยพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hffocus.org/content/2023/03/27227>.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2559-2564. กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2565.
4. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
5. บุญทนากร พรหมภักดี, สารัช บุญไตรย์, จุลจิลา หินจำปา, ประณิตา แก้วพิกุล. รูปแบบการติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระยะที่ 2 (ปี 2562-2568). วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566; 30 (3): 54-71.
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. สถาบันมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cascap.kku.ac.th/ov-rdt/>.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

Effects of An Alcohol Drinking Prevention Behaviors Development Program for Secondary School Students at Khonburi District, Nakhonratchasima Province

พาฝัน หัดสันเทียะ พย.บ.

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ธีระวุฒิ ธรรมกุล ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Paphan Hadsantia B.N.S.

Warinee Iemsawasdikul D.N.S. (Nursing)

Theerawut Thammakul Dr.P.H (Public Health)

Major of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat University

Received: September 24, 2023

Revised: January 8, 2024

Accepted: February 20, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ที่ได้รับการเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นตามแนวคิดแบบจำลอง ฟรีสต์-โพรสิด ของกรีนและครูเตอร์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมี 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ร้อยละ 0.76 และ 0.77 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.97 และ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลแจกแจงนำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดี ช่วยให้นักเรียนมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ช่วยลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ จึงควรนำไปใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น และมีการวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสารเสพติดอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare refusal skills and alcohol drinking prevention behaviors of an experimental group before and after the experiment, and after the experiment between the experimental group and a comparison group. The sample consisted of lower secondary school students currently studying at levels Matayom 1 to Matayom 3. The students who had characteristics within the inclusion criteria were selected to be an experimental group and comparison group, 30 persons in each group. The experimental tool was the Alcohol Drinking Prevention Behaviors Development Program for Secondary School Students based on the PRECEDE-PROCEED model of Green and Kreuter. The data collection tool was a questionnaire with 3 parts about personal data, refusal skills and alcohol drinking prevention behaviors. Parts 2 and 3 of the questionnaires had means of item content validity indexes of 0.76 and 0.77 and the Cronbach's alpha coefficients were 0.97 and 0.70. The data were analyzed by descriptive statistics, paired samples t-test and independent sample t-test.

The results showed that: after the experiment, the refusal skills and alcohol drinking prevention behaviors of the experimental group were significantly higher than before the experiment and higher than the comparison group ($p < 0.001$).

Conclusion and recommendation: The Alcohol Drinking Prevention Behaviors Development Program that leads to effectiveness, helping students acquire higher alcohol refusal skills and alcohol drinking prevention behaviors as well as reducing the number of new drinkers. It should be applied this program to lower secondary school students and early teenagers. Further research should be conducted to develop behaviors preventing the use of addictive substances in the future school.

Keywords: Program, Alcohol Drinking Prevention Behavior, Secondary School Student

บทนำ

ทั่วโลกมีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 43.00 และ 26.50 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 53.80 และ 21.10 ประเทศไทยมีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น ร้อยละ 28.40 และ 13.60⁽¹⁾ การสำรวจพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 ปี พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 23.70 เป็น ร้อยละ 25.20⁽²⁾ พื้นที่ที่มีความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่นสูงในพ.ศ. 2560 ได้แก่ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกสูงสุดอันดับแรกคือ พิษณุโลก ร้อยละ 30.90 จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น ร้อยละ 21.20 จัดเป็นอันดับที่ 9 ของประเทศและสูงกว่าความชุกของนักดื่มวัยรุ่นระดับ

ประเทศ⁽³⁾ พ.ศ. 2562 พบว่าอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมามีความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น ร้อยละ 0.23 จัดเป็นอันดับที่ 13 ของจังหวัด⁽⁴⁾

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้อวัยวะในร่างกายเกิดการระคายเคืองและทำหน้าที่ผิดปกติเช่น แผลในกระเพาะอาหารตับแข็ง สมองเสื่อม เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและเสียชีวิตจำนวนมากโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายและความพิการอันดับ 7 ของประชากรทั้งหมด และอันดับ 1 ของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี มีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปีคิดเป็นร้อยละ 5.30 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก⁽¹⁾ ทั้งยังก่อให้เกิดการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Noncommunicable diseases (NCDs) และเสียชีวิตจาก

การบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดภาระโรคในรูปของปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด⁽⁵⁾ เป็นสาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายวัย 15-29 ปี และเป็นสาเหตุอันดับ 10 ของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรหญิง⁽³⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ความรุนแรงในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ กลุ่มประเทศรายได้สูงและปานกลางมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจเฉลี่ย 179,859 และ 15,111 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽⁷⁾ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อสังคม เกิดปัญหาอาชญากรรมโดยพบว่ามากกว่า ร้อยละ 40.00 ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่กระทำความผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกระทำความผิดภายใน 5 ชั่วโมงหลังดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁾ ประกอบกับวัยรุ่นมีแนวโน้มจะดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จึงควรได้รับการแก้ไขโดยเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลำเพียก อำเภอบัวชุม จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ร้อยละ 4.39⁽⁴⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำเพียก⁽⁸⁾ พบว่าวัยรุ่นขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษพิษภัย และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ ขาดทักษะหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิเสธคำชักชวนที่เหมาะสม และขาดแรงเสริมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น การศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์นี้จะช่วยลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่อันจะส่งผลในการลดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ประกอบกับการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งนี้จะใช้มาตรการปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองปริสดีด-โพรสดีด (PRECEDE-PROCEED) ซึ่งมี 2 ระยะ ได้แก่ ปริสดีดเป็นระยะของการประเมินและวินิจฉัยปัญหา และโพรสดีดเป็นระยะของการพัฒนาแผน การดำเนินการ และการประเมินผล⁽⁹⁾ ขั้นตอนการประเมินทางการศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมในปริสดีดเน้นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ เจตคติ การรับรู้ เป็นต้น ปัจจัยเอื้อ เช่น การหาได้ง่าย การเข้าถึง การฝึกทักษะ การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นต้น ปัจจัยเสริม เช่น รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การเสริมแรงจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น⁽¹⁰⁾

การศึกษาครั้งนี้จะใช้ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีกิจกรรมดังนี้ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โทษ พิษภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย และมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการเรียนรู้เชิงรุกแบบร่วมมือ (2) การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ โดยการเรียนรู้เชิงรุกแบบแผนผังความคิด การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความรู้และรับรู้ความรุนแรงของโรค จะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค⁽¹¹⁾ (3) การพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ โดยที่การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ต้องการทักษะชีวิตด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยเฉพาะทักษะการปฏิเสธ เนื่องจากสาเหตุหลักอันดับแรกของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์คือ ดื่มตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม⁽³⁾ และ (4) การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้

เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ผ่านการเล่นเกมส์จับคู่รูปภาพ การฝึกใช้ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ แลกเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และการกล่าวชมเชย ให้รางวัล ให้กำลังใจจากเพื่อนและผู้วิจัยผ่านกลุ่มไลน์ เนื่องจากการรับรู้เรื่องโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น⁽¹²⁾

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกิดทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่การหลีกเลี่ยงสิ่งชักนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิเสธเมื่อมีคนชวนไปดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹³⁾ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีสุขภาวะที่เหมาะสมกับพัฒนาการก้าวสู่ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญของการปฏิบัติบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นของพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชนในสถานบริการระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครราชสีมา เขต 3 และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,851 คน⁽¹⁴⁾

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2566 ใน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างตำบลกัน มีภูมิประเทศลักษณะประชากร ครอบคลุม อาชีพ จำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ใกล้เคียงกัน และมีระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน และคัดเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาจากโรงเรียนบ้านหนองตะแบกเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนบ้านบุหัวสามัคคีเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดแบบจำลองฟรีสดี-โพรสดีของกรีนและ ครูเตอร์⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการเรียนรู้เชิงรุกแบบร่วมมือ การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพด้วยการเรียนรู้เชิงรุกแบบแผนผังความคิด การพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการฝึกทักษะผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

จากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง และ (2) แอปพลิเคชันไลน์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง (2) ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ให้คะแนนการตอบ 5-1 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับดังนี้ 1.00-1.49 คะแนนระดับต่ำมาก 1.50-2.49 คะแนนระดับต่ำ 2.50-3.49 คะแนนระดับปานกลาง 3.50-4.49 คะแนนระดับสูง และ 4.50-5.00 คะแนนระดับสูงมาก และ (3) พฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับคือจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย ให้คะแนนการตอบ 5-1 คะแนน สำหรับพฤติกรรมด้านบวก และ 1-5 คะแนน สำหรับพฤติกรรมด้านลบ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับดังนี้ 1.00-1.49 คะแนนระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนนระดับน้อย 2.50-3.49 คะแนนระดับปานกลาง 3.50-4.49 คะแนนระดับมาก และ 4.50-5.00 คะแนนระดับมากที่สุด แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อเฉลี่ยเท่ากับ 0.76 และ 0.77 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97 และ 0.70 การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เลขที่ 21/2565 ลงวันที่ 15 กันยายน 2565 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เตรียมผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือจากครูให้เชิญชวนนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัยจากนักเรียนและขออนุญาตผู้ปกครองให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ห้องประชุมโรงเรียนด้วยแบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ห้องประชุมโรงเรียนบ้านหนองตะแบก 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง และร่วมกิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 2 สัปดาห์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมเป็น 4 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โทษพิษภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการเรียนรู้เชิงรุกแบบร่วมมือโดยแบ่งนักเรียนเป็น 3 กลุ่มให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมศึกษาเนื้อหาที่กำหนดจากสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำและทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อนำไปถ่ายทอดให้กลุ่มอื่นฟัง โดยแต่ละกลุ่มต้องหาเทคนิควิธีที่จะทำให้กลุ่มอื่นเข้าใจเนื้อหาที่กลุ่มนำเสนอให้มากที่สุด ถ้ากลุ่มอื่นเข้าใจมากกลุ่มจะได้คะแนนมาก ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

2.2 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพโดยการเรียนรู้เชิงรุกแบบแผนผังความคิด ใช้แผนภูมิต้นไม้ปัญหาเชื่อมโยงระหว่างปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ สาเหตุทั้งด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ และมาตรการทางกฎหมาย ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 30 นาที

2.3 การพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

2.4 การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ ผ่านการเล่นเกมจับคู่รูปภาพ การฝึกใช้ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์แลกเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และการกล่าวชมเชย ให้รางวัล ให้กำลังใจจากเพื่อนและผู้วิจัยผ่านกลุ่มไลน์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการเรียนรู้ตามหลักสูตร การเรียนปกติ และนัดหมายทั้งสองกลุ่มให้มาเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมของโรงเรียน ในสัปดาห์ที่ 5

3. ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมโรงเรียน บ้านหนองตะแบก โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามผลของ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ สรุปการเรียนรู้ ให้รางวัลกลุ่มที่มี คะแนนสะสมสูงสุด 3 อันดับแรก ใช้เวลา 30 นาที และกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้นที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง ที่ห้องประชุมโรงเรียนบ้านบุหว่าสามัคคี โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามผลของ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังตอบแบบสอบถามผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โทษ พิษภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย และมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้าง การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ ต่อสุขภาพด้วยการเรียนรู้เชิงรุกแบบแผนผังความคิด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้นที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอ ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ Paired sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับ โปรแกรมโดยใช้ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 21/2565 ลงวันที่ 15 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิทในกลุ่มแตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 13.83 ปี (S.D. = 0.75) ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 43.30 ทุกคนนับถือศาสนา พุทธ เรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 2 และ 3 เท่ากัน ร้อยละ 33.33 มีเกรดเฉลี่ยล่าสุด 3.02 (S.D. = 0.67) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยล่าสุดตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป ร้อยละ 56.70 มีแหล่งรายได้/รายได้จากพ่อแม่ ร้อยละ 93.30 รายได้ครอบครัวเพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.30 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่และแม่ ร้อยละ 50.00 บุคคลใน ครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40.00 เพื่อนสนิทใน กลุ่มดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 และตนเองไม่เคย ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 46.70 รองลงมาดื่มแอลกอฮอล์ บางครั้ง ร้อยละ 36.60

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุเฉลี่ย 13.50 ปี (S.D. = 0.63) ส่วนใหญ่ มีอายุ 13 และ 14 ปีเท่ากัน ร้อยละ 46.70 ทุกคนนับถือ ศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.70 มีเกรดเฉลี่ยล่าสุด 2.90 (S.D. = 0.68) ส่วนใหญ่ มีเกรดเฉลี่ยล่าสุด ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป ร้อยละ 56.70 มีแหล่งรายได้/รายได้จากพ่อแม่ ร้อยละ 76.70 รายได้ ครอบครัวเพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 70.00 สถานภาพ สมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 36.70 พักอาศัย อยู่กับญาติเช่น ลุง ป้า น้า อา ปู่ย่า ตายาย ร้อยละ 43.40 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับแม่ ร้อยละ 30.00 บุคคลใน ครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.30 เพื่อนสนิทใน กลุ่มดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.00 และตนเองไม่เคย ดื่มแอลกอฮอล์เลย ร้อยละ 40.00

2. ความแตกต่างของทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

2.1 ความแตกต่างของทักษะปฏิเสธการ

ดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ($n = 30$) ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			$\bar{d}$ (95%CI)	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์	2.93	0.82	ปานกลาง	3.65	0.70	สูง	0.72 (0.49 ถึง 0.96)	< 0.001

2.2 ความแตกต่างของทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่ม

ทดลองมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.006$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$) หลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			$\bar{d}$ (95%CI)	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์	3.65	0.70	สูง	3.06	0.89	ปานกลาง	0.59 (0.18 ถึง 1.01)	0.006

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

3.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง (n = 30) ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			$\bar{d}$ (95%CI)	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	3.14	0.69	ปานกลาง	3.70	0.70	มาก	0.56 (0.38 ถึง 0.73)	< 0.001

3.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30) หลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			$\bar{d}$ (95%CI)	P-value	
	S.D.	ระดับ	S.D.	ระดับ				
พฤติกรรมป้องกัน การดื่มแอลกอฮอล์	3.70	0.70	มาก	3.01	0.77	ปานกลาง	0.69 (0.31 ถึง 1.07)	0.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความแตกต่างของทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.70) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.82) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.06,

S.D. = 0.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์โดยการแสดงบทบาทสมมติซึ่งมีกิจกรรมให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมศึกษาหลักการปฏิเสธตามใบความรู้ ฝึกอ่านคำปฏิเสธและฝึกทักษะการพูดปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการใช้หลักการปฏิเสธของกลุ่มอื่น ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของเพื่อนกลุ่มอื่น จึงมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูง การได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองและผู้อื่นมีผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงทำให้

เกิดพฤติกรรม⁽¹⁵⁾ ทั้งยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ผ่านการเล่นเกมจับคู่รูปภาพ การฝึกใช้ทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ แลกเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และการกล่าวชมเชย ให้รางวัล ให้กำลังใจจากเพื่อนและผู้วิจัยผ่านกลุ่มไลน์ การได้รับความรู้ทำให้มีความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่บุคคลมีอยู่ในตนเองและนำไปให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม⁽⁹⁾ และการฝึกทักษะเป็นปัจจัยเอื้อซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล⁽¹⁶⁾ การได้รับรางวัลและคำชมเชยอย่างต่อเนื่องจากเพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นปัจจัยเสริมช่วยสนับสนุนให้กำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดความมั่นคง⁽¹⁶⁾ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์สอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นซึ่งชอบอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มและมีพฤติกรรมตามกลุ่ม⁽¹⁷⁾ ทำให้เกิดการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้ทักษะดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบมีทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.006) เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์แต่เรียนรู้จากการเรียนตามปกติ นอกจากนั้นเพื่อนสนิทของกลุ่มเปรียบเทียบดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 80.00 มากกว่าเพื่อนสนิทของกลุ่มทดลองที่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 50.00 สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย กันธะวงศ์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนมีทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สุกัญญา เพิ่มพูนและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังได้รับการฝึกทักษะชีวิตในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมปัจจัยป้องกันด้านบุคคลในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนปัจจัย

ป้องกันด้านบุคคลสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมีผลต่างของคะแนนปัจจัยป้องกันด้านบุคคลระหว่างก่อนและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.70, S.D. = 0.70) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.14, S.D. = 0.69) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.01, S.D. = 0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ โทษ พิษภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการเรียนรู้เชิงรุกแบบร่วมมือทำให้มีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาที่ศึกษามากขึ้น และการได้รับความรู้จากเพื่อนที่ใช้ภาษาและเทคนิคที่ตรงกับวัยทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ โดยการเรียนรู้เชิงรุกแบบแผนผังความคิดด้วยการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพโดยใช้แผนภูมิต้นไม้ปัญหา⁽¹⁹⁾ ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและพฤติกรรมป้องกันโรค⁽¹¹⁾ (2) ปัจจัยเอื้อ โดยการพัฒนาทักษะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์⁽⁹⁾ และ (3) ปัจจัยเสริม โดยการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้อื่น ทำให้รับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ และป้องกันไม่ให้ตี้มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾ และให้รางวัลกลุ่มที่มีคะแนนสะสมสูงสุด ช่วยให้เกิดการเสริมแรงให้มีพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ โดยที่การได้รับรางวัลที่เป็นสิ่งของ ค่าชมเชย จะช่วยสนับสนุนการแสดงพฤติกรรม⁽¹⁶⁾ -

กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้จากการเรียนตามปกติโดยครูผู้สอนจะให้ความรู้เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่และการตี้มแอลกอฮอล์ในกลุ่มสาระการเรียนรู้วิชาสุขศึกษาและพลศึกษา วิชาพุทธศาสนาในลักษณะการบรรยาย นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบมีเพื่อนสนิทตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 80.00 มากกว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีเพื่อนสนิทตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบจึงมีพฤติกรรมตามกลุ่มเพื่อนสนิท⁽¹⁷⁾ ประกอบกับกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 70.00 มากกว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบจึงสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้มากกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร รุ่งสุวรรณ⁽²⁰⁾ พบว่า 6 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อลดการตี้มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษาที่มีพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์ จังหวัดนครนายก กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) การศึกษาของประทุมพร เชาวน์ลาดและคณะ⁽²¹⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีประสิทธิภาพที่ดี ช่วยให้นักเรียนมีทักษะปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ช่วยลดจำนวนนักตี้มหน้าใหม่และเสริมสร้างสุขภาพนักเรียนให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ไปใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น อำเภอบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรมให้นานขึ้น จัดให้นักเรียนที่เคยตี้มและไม่เคยตี้มแอลกอฮอล์ไว้ด้วยกัน ในการสร้างการรับรู้ ความรุนแรงของแอลกอฮอล์เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และเชื่อมโยงสาเหตุผลกระทบของแอลกอฮอล์ได้สมบูรณ์มากขึ้น จัดให้มีครู/ตัวแทน สังเกตการณ์หรือควบคุมการทำกิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น และสร้างเครือข่ายในการนำโปรแกรมไปใช้ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อลดจำนวนนักตี้มหน้าใหม่ของจังหวัดนครราชสีมา

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดอื่นๆ ที่มีแนวโน้มการใช้มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น อำเภอบุรี จังหวัดนครราชสีมา เช่น กัญชา กระบอ บหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

2.2 ควรมีการวิจัยการสร้างเครือข่ายป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์แบบมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สถานศึกษา ตำรวจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มร้านจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือองค์กรอิสระ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนในการป้องกันการตี้มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ควรมีการวิจัยติดตามความยั่งยืนของทักษะ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมป้องกันการดื่ม แอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองเป็นระยะ ๆ ทุก 1 เดือน และเสริมแรงให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ที่ปรึกษาร่วม คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะ แนวคิด ตลอดจนข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ และ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง ครูประจำชั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เจ้าหน้าทีสาธารณสุข ผู้ปกครองนักเรียนและนักเรียน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการในวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health – 2018 [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซัสแอนดเจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานการคัดกรอง ความชุกผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15-19 ปี ปีงบประมาณ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss>.
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. รายงาน สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ประจำปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.violence.in.th/publicweb>.
- พัทธรา ลิฟหรวงศ์, ทรงยศ พิลาสันต์, สุธเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อภินิฐา พูนชัย. รายงานวิจัย: การพัฒนาแบบจำลองการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย: กรณีศึกษามาตรการควบคุมการ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
- เอกชัย กันธะวงศ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดย การมีส่วนร่วมของโรงเรียน. พยาบาลสาร 2558; 42(3): 135-46.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเวชชุมชน: ภาวะผู้นำแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. พิมพ์ ครั้งที่ 4. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2564.
- Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational an ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
- ชาวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, บรรณาธิการ. การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชา มโนมิติและกระบวนการ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 13. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.

12. ชิวสวีย์ แซ่ลิม, กนกพร หมู่พยัคฆ์, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. วารสาร พยาบาลสงขลานครินทร์ 2560; 37(3): 25-36.
13. วราภรณ์ แสงอรุณ. โครงสร้างความสัมพันธ์เชิง สาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา พฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตอนต้น ในจังหวัดระยอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอครบุรี กระทรวง สาธารณสุข. ระบบงานบัญชี 5 งานอนามัยเด็ก วัยเรียน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอ ครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2562 [โปรแกรมฐานข้อมูล]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: BMS-HOSxP PCU:3.64.7.20.
15. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
16. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ทศนีย์ รวีวรกุล, บรรณาธิการ. การสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ แนวคิดและทฤษฎีในการปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์ จำกัด; 2561.
17. อาภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล, สุนีย์ ละกะปิ่น, บรรณาธิการ. การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ในวัยรุ่น: แนวคิดและการจัดการหลายระดับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์ คอร์ปอเรชั่น; 2561.
18. สุกัญญา เพิ่มพูล, นิตยา ตากวิริยะนันท์, ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต ในโรงเรียนต่อปัจจัยป้องกันด้านบุคคลของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีพฤติกรรมดื่ม แอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2554; 25(3): 128-42.
19. พีรวิศ คิดกล้า. การประเมินประเด็นปัญหา และ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนภูมิต้นไม้ ปัญหา (Problem tree diagram). [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้ จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2bbe4a8f89db0e6ca7b6eacd615bb7fc.pdf>.
20. ศิริพร รุ่งสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนอกระบบ การศึกษาที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัด นครนายก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ จิต 2559; 33(1): 162-77.
21. ประทุมพร เชาว์ฉลาด, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของ โปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัด นครปฐม. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2561; 24(2): 210-24.

ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10

Results of Model Extension of Community Health Care for The Risk
Population and Coronary Heart Disease Patients to Driving The Operation
Policy on Non-Communicable Diseases in Health Region 10

เกศรา แสนศิริวิสุข ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)

Getsara Sansiritawisuk Ph.D. (Community Health Development)

จตุพร ผลเกิด ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

Jutipon Ponkert Ph.D. (Health Social Sciences and Humanity)

วิไลวัล ศรีเชียงสา ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Wilaiwan Srichiangsa M.P.H. (Environmental Health)

จินตภา อันพิมพ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

Jintapa Unphim M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

บุศณี มุจรินทร์ พ.บ. (แพทยศาสตรบัณฑิต)

Boodsanee Mujarin M.D. (Doctor of Medicine)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani

Received: January 23, 2024

Revised: February 13, 2024

Accepted: February 19, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปขยายและขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในเขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มเป้าหมายในการขยายรูปแบบประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อจำนวน 112 คน และภาคประชาชนได้แก่ แกนนำ และอาสาสมัครในชุมชนจำนวน 40 คน รวม 152 คน เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่าย สถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายและประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดการกำหนดเป็นนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้แนวคิด 3 หมอ 3S 3A ดังนี้ 3 หมอ (หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอครอบครัว) การจัดตั้งสถานีสภาพ ประกอบด้วย 3S (Staff, Stuff, System) และรูปแบบการให้บริการ ประกอบด้วย 3A (Assess, Advise, Arrange) และมีผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) จัดตั้งสถานีสภาพในชุมชน เพื่อเป็นจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน ครอบคลุม 5 จังหวัด จำนวน 762 แห่ง และจากการประเมินจุดบริการสถานีสภาพพบว่า หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) 2) ผู้มารับบริการในสถานีสภาพรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ ผลทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในสถานีสภาพ ร้อยละ 98.61 3) การเพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในสถานีสภาพทุกแห่ง และมีการเพิ่มการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานีสภาพ ร้อยละ 65.88 และ 4) การเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้นในปี 2566 เป็น ร้อยละ 64.95 และ 35.68 ด้านประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ

43.95 และอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 66.57 เป็นอันดับ 1 ของประเทศ และเป็นพื้นที่ต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 10 ดังนั้น ควรมีการขยายรูปแบบการดำเนินงานในสถานี่สุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้เกิดการคัดกรองสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

คำสำคัญ: สถานี่สุขภาพ โรคไม่ติดต่อ การคัดกรองสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This action research aims to study the results of extending the community health care model for the risk population and coronary heart disease patients to promote the management of non-communicable diseases (NCDs) in Health Region 10. The target groups for this expansion include 112 individuals from public sector organizations responsible for NCD management and 40 members from community leaders and volunteers, totaling 152 people. The research tools utilized include developed patterns through network collaboration, statistical analysis employing percentages, means, averages, paired sample t-tests for quantitative data, and content analysis for qualitative data.

The results are outlined as follows: upon implementing the developed patterns in managing diabetes and hypertension, several policies emerged for health region 10 under the framework of 3 Doctors, 3S and 3A. The 3 Doctors are “the first doctors” (village health volunteers), “the second doctors” (health professionals), “the third doctors” (family medicine). Establishing Health Station with 3S involves Staff, Stuff, System. And, 3A are Assess, Advise, Arrange. The results showed that 1) Establishment of Health Station in the community served as screening points across 762 locations in 5 provinces following implementation, there was a statistically significant average increase ($p\text{-value}<0.05$), 2) Patients receiving education on “Know Your Numbers,” “Know Your Risks,” and “Know Your Status” from Health Stations, with 98.61% reporting receiving knowledge and advice, 3) Expansion of NCDs screening points for at every Health Station and inclusion of Cardiovascular Disease checkups, resulting in a 65.88% increase, 4) Improvement in hypertension and diabetes management, with 64.95 and 35.68% of patients respectively achieving good control over blood pressure and blood sugar in 2023. Notably, sugar control improved by 43.95%, reaching 66.57% in Mueang Jun, Sri Saket, ranking first in Thailand and serving as a model region for health region 10. Therefore, there is a recommendation for extending the operation of Health Stations to both urban and rural areas to establish screening points in collaboration with the network.

Keywords: Health Station, NCDs (Non-communicable Disease), Health Screening Point, Coronary Heart Disease

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 68 ของการเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยกลุ่มโรค NCDs

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิต ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี โดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย และคาดว่า มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี⁽¹⁾ โดยเฉพาะ

โรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจคือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง น้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์⁽²⁾ สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่นำไปสู่การเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และยิ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยจึงได้ตั้งเป้าหมายเพื่อลดการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 25% ในปี 2568⁽¹⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 10 ในระยะ 5 ปีจากปี 2561-2565 พบว่าอัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบมีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 21.86 และอัตราผู้ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 25.40⁽³⁾ เมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลง สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มลดลงจาก 58.17 ในปี 2561 เหลือ 34.02 ในปี 2565 แต่อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 23.34 ในปี 2561 เป็น 27.70 ในปี 2565⁽⁴⁾ ดังนั้น การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงนับเป็นความสำคัญลำดับแรกที่ต้องเร่งดำเนินการด้วยมาตรการที่เหมาะสม ตั้งแต่มาตรการด้านกฎหมาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยบริบทชุมชนนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ นอกจากนั้นการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพภายใต้สถานีสภาพในชุมชน (Health Station) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อร่วมกันอย่างเฝ้าระวังต่อและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงมีความจำเป็นต้องนำรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพ ด้วยการเข้าถึงระบบบริการในสถานีสภาพและให้บริการโดยคนในชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเขตสุขภาพที่ 10

นิยามศัพท์

รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กลไกการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีโครงสร้างกลุ่มคนที่รับผิดชอบ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม วางแผนดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการคัดกรอง การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงฯ เกิดการสื่อสารความเสี่ยง และจัดการตนเองได้

การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ หมายถึง การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้นไปขยายผล

และประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

ผลของการขยายรูปแบบ พิจารณาจากการจัดตั้งสถานีสุภาพในชุมชน มีการให้ความรู้และคำแนะนำผู้มารับบริการในสถานีสุภาพ ส่งผลให้มีการเพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ และการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่ศึกษา *ระยะที่ 1* พื้นที่ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาศึกษา 15 เดือน (กรกฎาคม 2564 ถึง กันยายน 2565) และ *ระยะที่ 2* (ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566) ขยายผลการพัฒนารูปแบบครอบคลุม 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย คือ *ระยะที่ 1* กลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 73 คน ประกอบด้วย ฝ่ายวิชาการ/ทีมวิจัย 15 คน 2) ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 26 คน 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น (อบต. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน และหน่วยกู้ชีพตำบล) 12 คน 4) กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 20 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชน

อายุ 35 ปีขึ้นไป 461 คน *ระยะที่ 2* ผู้นำรูปแบบไปปฏิบัติและขยายผล 152 คน ประกอบด้วยภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับเขต จังหวัด อำเภอดงหลวง 112 คน ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำ อสม. จิตอาสา เช่น พระ ครูเกษียณอายุราชการในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 40 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มารับบริการคัดกรองในสถานีสุภาพชุมชน 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

ขั้นตอนวิธีทำการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลา 15 เดือน มี 4 ขั้นตอน ผลทำให้ได้รูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4) การจัดรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่ม กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมจัดตั้งสถานีสุภาพ (Health Station) การคัดกรองความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ การประเมิน CVD Risk และการใช้ Application เพื่อเชื่อมต่อการรายงานจากชุมชนสู่สถานบริการสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 ระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วย ระยะก่อนการขยายรูปแบบ ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 (1 เดือน) และระยะการขยายรูปแบบ ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง กันยายน 2566 (11 เดือน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีดำเนินการ

ขั้นตอน	วิธีดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย
ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (พื้นที่ต้นแบบ) 4 ขั้นตอน 1. การศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน 2. ยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน 3. การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพ 4. ประเมินผลลัพธ์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้จริง	ประกอบด้วย 1. การสัมภาษณ์เชิงลึก 2. การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม 3. การสำรวจชุมชน/แผนที่พิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน/ข้อมูล HDC 4. ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม/ประชาคม 5. คัดเลือกกลุ่มอาสาสมัคร 6. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน 7. การเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามประเมินผลลัพธ์	กลุ่มเป้าหมาย: การพัฒนารูปแบบในพื้นที่นำร่องรวม 73 คน ประกอบด้วย 1. ฝ่ายวิชาการ/ทีมวิจัย 15 คน 2. ฝ่ายบุคลากรและ อสม. 26 คน 3. ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น 12 คน 4. กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 20 คน กลุ่มเป้าหมาย: การดูแลสุขภาพในชุมชนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 461 คน
ระยะที่ 2 ขยายผลสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10		
ระยะก่อนการขยายรูปแบบ	ประชุมถอดบทเรียนรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่บ้านกาจบ้าน รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี	1. ฝ่ายวิชาการ/ทีมวิจัย 15 คน 2. ฝ่ายบุคลากรและ อสม. 26 คน 3. ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น 12 คน 4. กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 20 คน
ระยะการขยายรูปแบบ	ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและขับเคลื่อนแผนดำเนินงานที่สำคัญ เขตสุขภาพที่ 10	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ผู้บริหารระดับเขต/จังหวัด ผู้รับผิดชอบงานพัฒนายุทธศาสตร์ ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ 42 คน
ขั้นตอนที่ 1 การคืนข้อมูลสู่ชุมชนในเวทีวิเคราะห์ปัญหาเขตสุขภาพที่ 10 และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	1) ประชุมระดมสมอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 ครั้ง ในรูปแบบ online 1 ครั้ง และ onsite 1 ครั้ง	1) ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ 112 คน และภาคประชาชน (แกนนำและอาสาสมัครในชุมชน) 40 คน รวม 152 คน
ขั้นตอนที่ 3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานและประเมินผล ดังนี้ กิจกรรมที่ 3.1 การจัดประชุมมอบนโยบายการดำเนินงานโดยผู้ตรวจราชการฯ	1) ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 10 2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบให้บริการ NCD Smart Digital เพื่อพัฒนาศักยภาพครู ก. ครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด เพื่อนำความรู้ไปถ่ายทอด ครู ข. ที่เป็นกลุ่ม อสม. ให้ดูแลประชาชนในชุมชน 3) ประชุมชี้แจงแผนและแนวทงนิเทศ ติดตามประเมินผลให้เป็นตามมาตรฐานเดียวกัน	1) ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ 112 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (เขต/จังหวัด/อำเภอ) 110 คน (ครู ก.) 3) ผู้บริหาร ทีมวิจัย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับเขต จังหวัด 42 คน และคณะผู้นิเทศงานระดับเขต 15 คน

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย
กิจกรรมที่ 3.2 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research: IR)	1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ตามแผนปฏิบัติการ 2) การติดตามเยี่ยมเสริมพลังอำเภอที่มีผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวน 3 อำเภอต่อจังหวัด และประเมินสถานะสุขภาพ	1) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (เขต/จังหวัด/อำเภอ) 110 คน 2) ผู้บริหาร ทีมวิจัย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับเขต/จังหวัด 42 คน และคณะผู้นิเทศงานระดับเขต 15 คน
กิจกรรมที่ 3.3 ติดตามผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติ	1) นิเทศติดตาม ผ่านเวทีการตรวจราชการ 2 รอบ ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ 5 จังหวัด รวม 10 อำเภอ รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ (Area based) ผ่านระบบออนไลน์ 2) การรวบรวม ตรวจสอบรายงานผลปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อจาก HDC และ Cockpit 3) การประเมินสมรรถนะสถานีสภาพ และรายงานผลผ่านระบบ Google form 4) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ที่มีผลงานดีเด่นหลังจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติและขยายผลในพื้นที่แล้ว	1) ทีมตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับเขต/จังหวัด 42 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับเขต/จังหวัด และทีมวิจัย 15 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด 5 คน อำเภอ/ตำบล 70 คนและ ทีมวิจัย 15 คน รวม 90 คน 4) ผู้บริหาร ทีมวิจัย ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด/อำเภอ และตำบล 76 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินสมรรถนะสถานีสภาพได้ประยุกต์จากคู่มือสถานีสภาพของกรมควบคุมโรค เพื่อให้ครอบคลุมตามบริบทในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เครื่องมือนี้นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาค่าความสอดคล้องจากดัชนี IOC โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ paired sample t-test และข้อมูลเชิง

คุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่สร้างข้อค้นพบการดำเนินงาน

ผลการศึกษาวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 มีดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อที่มีอยู่เดิม (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า รูปแบบเดิมในการคัดกรองและดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย

1) สถานที่ในการคัดกรอง ส่วนใหญ่จะมีการคัดกรองที่ รพ.สต. สะท้อนให้เห็นว่ายังไม่มีสถานที่คัดกรองสุขภาพในชุมชน รูปแบบการคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่ชัดเจนในเขตสุขภาพที่ 10

2) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองส่วนใหญ่ใช้แบบฟอร์มกระดาษทั้งในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

3) กิจกรรมในการคัดกรอง แบ่งบทบาทหน้าที่ ดังนี้ 1. อสม. มีบทบาทในการประเมินสถานะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น การตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) วัดความดันโลหิต (BP) และแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีคัดกรองที่ชุมชน เมื่อ อสม. คัดกรองสุขภาพเรียบร้อยแล้วจะส่งข้อมูลมายัง รพ.สต. ทั้งการถ่ายภาพกระดาษที่คัดกรองส่งผ่านทางไลน์ และนำแบบฟอร์มคัดกรองทั้งหมดมาส่งที่ รพ.สต. โดย อสม. นำส่งเอง และ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการจัดบริการผู้ป่วย โดยแยกการให้บริการตามกลุ่มสีเขียว เหลือง แดง และมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การให้ความรู้ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะเน้นให้คำแนะนำรายบุคคล โดยเฉพาะรายที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์

1.2 การประยุกต์รูปแบบการพัฒนาดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่ต้นแบบ สู่การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบประกอบด้วย

1) สถานที่ในการคัดกรอง ในพื้นที่ต้นแบบเน้นการดูแลสุขภาพในสถานีสภาพชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง มีคณะทำงานในพื้นที่นำโดยแกนนำชุมชน อสม. บ้านกัจจิบ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมวิจัยในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ มีการวางโครงสร้างการดำเนินงานของสถานีสภาพชุมชน การกำหนดบทบาทหน้าที่และแต่งตั้งคณะทำงานให้บริการประจำสถานีสภาพชุมชน มีการลงนามคำสั่งแต่งตั้ง

โดยนายอำเภอ มีแผนให้บริการสัปดาห์ละ 3 วัน สำหรับอาคารสถานที่คณะทำงานได้ยื่นเรื่องขอใช้พื้นที่แยกออกจากพื้นที่โรงเรียนและได้รับอนุมัติจากสำนักงานราชพัสดุ ยกพื้นที่ตั้งสถานีสภาพชุมชนบ้านกัจจิบให้ชุมชนเป็นเจ้าของบริหารจัดการใช้พื้นที่ ชุมชนมีส่วนร่วมร่วมพัฒนาอาคารสถานที่ ปรับภูมิทัศน์ ระดมทุน และหาแหล่งทุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพและให้บริการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยคนของชุมชน ทั้ง อสม. แกนนำ ผู้นำ หรือจิตอาสาหมื่นเวียนมาให้บริการด้านสุขภาพ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง มีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง DTX สายวัดรอบเอว เครื่องวัดไข้ อุปกรณ์ปฐมพยาบาล ชุดทำแผล เตียงทำแผล เตียงนอนผู้ป่วย เครื่องวัด BP โดยการระดมทุนทั้งจากภาครัฐ เอกชน และคนในชุมชน และมีการนำเทคโนโลยีที่พัฒนาโดยพื้นที่ เช่น Application มาใช้ส่งต่อผู้ป่วย เชื่อมระบบ 3 หมอ และหน่วยกู้ชีพขององค์การบริหารส่วนตำบล

3) ด้านกิจกรรมการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย โดย อสม. ที่เป็นครู ข. เป็นแกนหลักทั้งการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และส่งต่อข้อมูลเชื่อมระบบ 3 หมอ

2. การขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 ก่อนการขยายผลมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ต้นแบบไปประยุกต์ใช้กับโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อื่น ๆ ผ่านการประชุมถอดบทเรียนรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้เกิดการกำหนดปัญหาโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง (ต้นทาง) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต (ปลายทาง) และกำหนดเป็นนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนี้ 1) จังหวัดประกาศนโยบายการบริหารและการจัดการสุขภาพใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2) พื้นที่ระดับอำเภอ นโยบายสู่การปฏิบัติโดยมีการปรับปรุงแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 3) มีการสื่อสารนโยบายผ่านช่องทางต่าง ๆ สู่ผู้ปฏิบัติและเครือข่าย 4) มีแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ปฏิบัติหรือเครือข่าย 5) มีฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อออกแบบการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพในภาพจังหวัด อำเภอ ชุมชน 6) มีช่องทางการสื่อสารด้านสุขภาพของผู้ป่วยและการประเมินตนเอง 7) มีการสนับสนุนเครื่องมือ ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลตามบริบทของพื้นที่ เช่น Telemedicine, Application, Line และ 8) มีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ โดยเครื่องมือที่ใช้ติดตามประเมินผล ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะสถานีสภาพ 2) แบบรายงานผลการเยี่ยมเสริมพลัง 3) แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ได้แก่ 1) จัดตั้งสถานีสภาพในชุมชน เพื่อเป็นจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชนอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง เป้าหมาย 70 แห่ง 2) ผู้มารับบริการในสถานีสภาพรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะสุขภาพ มีการเชื่อมระบบบริการระหว่างชุมชนกับสถานบริการภายใต้ระบบ 3 หมอ โดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่มาใช้ 3) การเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย

3. การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อแนวโน้ม
เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เชื่อมระบบบริการ 3 หมอ โดยเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในสถานีสภาพชุมชน และส่งข้อมูลผ่านไลน์ หรือแอปพลิเคชันที่พื้นที่พัฒนาขึ้น เช่น Google form, Line, Telemedicine เป็นต้น ที่เชื่อมข้อมูลในหน่วยบริการเฉพาะพื้นที่ ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการตรวจคัดกรอง ทำให้สามารถจัดการข้อมูลและเตรียมให้บริการตรวจรักษาได้ทันที สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ซึ่งเป็นกลุ่มสีเขียวจะได้รับยาโดย อสม.ส่งให้ที่บ้าน ส่วนกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (กลุ่มสีเหลืองและสีแดง) จะพบแพทย์ และ

ทีมสหวิชาชีพผ่านช่องทางต่าง ๆ ซึ่งในบางพื้นที่ได้นำเทคโนโลยีมาใช้ในสถานีสภาพของชุมชนนั้น สามารถให้บริการทั้งตรวจคัดกรองสุขภาพและพบแพทย์ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย อสม.ที่ผ่านการอบรมแล้ว ให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้ป่วย พร้อมนำบุคคลต้นแบบมาสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังมีการเยี่ยมบ้านซึ่งถือเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้แนวคิด 3หมอ 3S 3A ดังนี้

3 หมอ ประกอบด้วย หมอคนที่ 1 คือ หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ และหมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

3S องค์ประกอบของสถานีสภาพชุมชน ประกอบด้วย 3S ได้แก่ Staff ด้านกำลังคน คือ คณะทำงานที่จะดำเนินงานในด้านต่าง ๆ Staff: ด้านวัสดุอุปกรณ์ คือ เครื่องมืออุปกรณ์ในการดำเนินงานต่าง ๆ System: ด้านระบบงาน คือ วางระบบการให้บริการให้เข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็ว

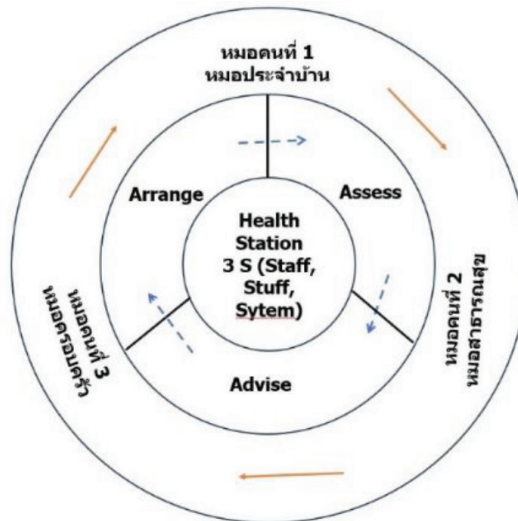
3A คือ หลักการให้บริการในสถานีสภาพ ประกอบด้วย 3A ได้แก่

1) Assess (การประเมิน) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ ทั้งด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) Advise (การแนะนำ) เป็นการให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา (3อ 2ส) เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3) Arrange (การจัดการ) เป็นการบริหารจัดการ หากพบว่าผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องพบแพทย์ (หมอคนที่ 2)

อสม. หรือผู้ให้บริการในสถานี่สุขภาพก็จะส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่อไป รายละเอียดรูปแบบดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้แนวคิด 3หมอ 3S 3A

4. ผลการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 มีดังต่อไปนี้

4.1 การจัดตั้งสถานี่สุขภาพในชุมชนเป้าหมาย 70 แห่ง ผลพบว่าเกิดสถานี่สุขภาพชุมชน ครอบคลุมทุกอำเภอใน 5 จังหวัด จำนวน 762 แห่ง ซึ่งสถานที่ตั้งขึ้นอยู่กับชุมชนหรือบริบทของพื้นที่ ดังนี้ ศาลากลางบ้านร้อยละ 73.82 รองลงมาคือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ร้อยละ 31.55 บ้านประธาน อสม./บ้านผู้นำชุมชนร้อยละ 30.69 และวัด ร้อยละ 14.38 มีการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในสถานี่สุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ร้อยละ 98.28 สายวัดรอบเอว ร้อยละ 98.50 ที่วัดส่วนสูง ร้อยละ 97.00 เครื่องวัด BP แบบ

อัตโนมัติร้อยละ 95.49 แบบ manual ร้อยละ 40.77 และ DTX ร้อยละ 88.84 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สุขภาพจิต ร้อยละ 89.06 แบบประเมิน CVD Risk ร้อยละ 65.88 และชุดตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ ร้อยละ 32.62 โดยมี อสม. ครูเกษียณอายุราชการในชุมชนหมุนเวียนปฏิบัติงาน มีกิจกรรมการให้บริการ ประกอบด้วยชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอวเฉลี่ย ร้อยละ 99.57 คัดกรองปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ย ร้อยละ 90.73 และจากการประเมินสมรรถนะสถานี่สุขภาพหลังดำเนินการ พบว่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะของจุดบริการสถานีสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 10

ตัวแปร	จำนวน (แห่ง)	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)		S.D	p-value	
			ก่อน	หลัง			
สมรรถนะสถานีสุขภาพ	466	50	26.60	36.39	9.79	4.20	0.001

4.2 ผู้มารับบริการในสถานีสุขภาพรู้ตัวเลขรู้ความเสี่ยง รู้สถานะสุขภาพ มีการเชื่อมระบบบริการระหว่างชุมชนกับสถานบริการโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสถานสุขภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลการสื่อสารกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แอปพลิเคชัน Smart อสม./Line ร้อยละ 88.41 Google form ร้อยละ 26.18 Telemedicine ร้อยละ 17.60 และแอปพลิเคชันที่พัฒนาในพื้นที่ร้อยละ 10.73 ผลทำให้ผู้มารับบริการได้รับความรู้/คำแนะนำในสถานีสุขภาพเฉลี่ย ร้อยละ 98.61

4.3 การเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ผลเกิดการคัดกรองสุขภาพในสถานสุขภาพทุกแห่ง โดยมีการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 88.84 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.28 จากเดิมที่มีการคัดกรองเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุข และมีการเพิ่มการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานสุขภาพ ร้อยละ 65.88 จากเดิมที่ไม่มีการคัดกรองสำหรับการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาพบว่า

1) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ร้อยละ 31.07 (จำนวน 75,787 ราย) เป็น ร้อยละ 35.68 (จำนวน 91,323 ราย) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 43.95

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ร้อยละ 62.37 (จำนวน 264,700) เป็น ร้อยละ 64.95 (จำนวน 286,771 ราย) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

3) เกิดพื้นที่ต้นแบบด้านการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 ในอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผลงานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 66.57 เป็นอันดับ 1 ของประเทศ และควบคุมความดันโลหิตได้ดีเป็นอันดับ 9 ของประเทศ รวมทั้งเกิดพื้นที่ต้นแบบทุกจังหวัดจำนวน 16 แห่ง (ดังตารางที่ 3) และ อสม.ในพื้นที่ต้นแบบได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับเขต สาขาโรคไม่ติดต่อในปี 2566

ตารางที่ 3 พื้นที่ต้นแบบด้านการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10

ลำดับ	ต้นแบบ	พื้นที่/อำเภอ
1.	ด้านสถานีสภาพดิจิทัล มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในสถานีสภาพ ทั้งให้คำปรึกษา ให้ความรู้/คำแนะนำ สั่งและจ่ายยา เช่น Telemedicine Line OA เชื่อมข้อมูลการตรวจคัดกรองผ่าน Labolink ซึ่งแพทย์และทีมสหวิชาชีพใช้เป็นข้อมูลวินิจฉัยและรักษาได้ทันที	อำเภอเมืองจันทร์ ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ และอำเภอ ลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ
2.	ด้านปฐมนิเทศ ให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อนอกสถานบริการ ทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจ่ายยา ผ่านหน่วยงานเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ เช่น ร้านขายยา ห้องปฏิบัติการเอกชน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
3.	ด้านการบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปส่งข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ	อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
4.	ด้านการสื่อสารสร้างความรอบรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เชื่อมโยง 3 หมอ โดยใช้ “Line BOT” สื่อสารกับผู้ป่วย ให้สามารถประเมินตนเอง และติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 424 คน ร้อยละ 100	PCU เมือง จังหวัดมุกดาหาร
5.	ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยกลไก 3 หมอ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1c 7-9 % จำนวน 400 คน เข้าร่วมโครงการ	อำเภอทรายมูล กุดชุม ป่าดัว และไทยเจริญ จังหวัดยโสธร
6.	ด้านการดำเนินงานเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เริ่มดำเนินงานระยะที่ 1: 6 อำเภอ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าร่วมโครงการ 258 คน ผลพบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และมีค่า HbA1c ลดลง 128 คน ร้อยละ 49.61 เมื่อผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จ จึงขยายการดำเนินงานระยะที่ 2: 13 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 19 อำเภอ มีจำนวนผู้ป่วยร่วมโครงการทั้งสิ้น 720 คน สามารถหยุดยาได้ 132 คน ร้อยละ 18.62	ระยะที่ 1 จำนวน 6 อำเภอ ได้แก่ เชื่องใน ม่วงสามสิบ น้ำยืน ตระการพืชผล ศรีเมืองใหม่ และ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี และระยะที่ 2 จำนวน 13 อำเภอ

4.4 การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบหลังดำเนินงาน ผ่านการจัดประชุม NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 10 และติดตามผลการดำเนินงานผ่านเวทีตรวจราชการ ทั้งรอบที่ 1 และ 2 โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 และทีมตรวจราชการให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน รอบที่ 1 คือ 1) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมีการสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ปรึกษาเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อแนวใหม่

ของอำเภอนำร่อง เพื่อสร้าง Health Literacy และสนับสนุนอุปกรณ์ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Smart phone, internet, Line เป็นต้น 2) เพิ่มบทบาทของสหวิชาชีพในการทำหน้าที่ Health Coaching ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมี Care Manager เป็นผู้ประเมินผู้ป่วย วางแผนจัดการระบบการให้คำปรึกษา 3) การพัฒนาสื่อต่างๆ ควรมีเนื้อหาและข้อความที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รอบที่ 2 คือ 1) พัฒนาความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนแนวใหม่ 2) พัฒนาระดับสถานีสภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท

ให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ เชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบดิจิทัลและให้บริการต่อเนื่อง 3) ขยายพื้นที่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยชุมชน (Community Based) และเพิ่มบทบาทและแนวปฏิบัติของ 3 หมอในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อให้ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง 4) พัฒนาช่องทางและสื่อด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับการเรียนรู้ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มสี และผลจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบพบว่า ควรมีการขยายผลการดำเนินงานสู่เขตสุขภาพต่อไป

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปขยายและประยุกต์ใช้ในการดำเนินโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เกิดการกำหนดเป็นนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้แนวคิด 3 หมอ 3S 3A ดังนี้ 3 หมอ (หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอคอบครัว) การจัดตั้งสถานีสภาพประกอบด้วย 3S (Staff, Stuff, System) และรูปแบบการให้บริการ ประกอบด้วย 3A (Assess, Advise, Arrange) ผลทำให้ 1) จัดตั้งสถานีสภาพในชุมชน เพื่อเป็นจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน ครอบคลุม 5 จังหวัด จำนวน 762 แห่ง 2) ผู้มารับบริการในสถานีสภาพรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ ผลทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในสถานีสภาพร้อยละ 98.61 3) การเพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในสถานีสภาพทุกแห่ง และเพิ่มการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานีสภาพร้อยละ 65.88 และ 4) การเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้นในปี 2566 เป็นร้อยละ 64.95 และ 35.68 ด้านประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.95 และอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 66.57 เป็นอันดับ 1 ของประเทศ และเป็นพื้นที่ต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 10 และควรขยายผลการดำเนินงานไปสู่เขตสุขภาพต่อไป

อภิปรายผล

ข้อค้นพบที่สำคัญของการศึกษาวิจัย คือ ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้รูปแบบ 3 หมอ 3S 3A ซึ่งเป็นการบริการแบบสหวิชาชีพทั้งเชิงรับและเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชน และจิตอาสา โดยชุมชนเป็นเจ้าของ จึงส่งผลให้เกิดการจัดตั้งสถานีสภาพในชุมชน การคัดกรองค้นหากกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้การจัดการโรคเรื้อรังที่พบว่าการมีทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการจะทำให้เกิดผลสำเร็จต่อการจัดบริการ⁽⁵⁾ ส่วนผลการดำเนินงานเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 62.37 เป็นร้อยละ 64.95 ซึ่งสูงกว่าผลการดำเนินงานระดับประเทศ (ร้อยละ 51.82) ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำเนินการได้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 31.07 เป็นร้อยละ 35.68 ซึ่งสูงกว่าผลการดำเนินงานระดับประเทศ (ร้อยละ 31.58) ด้านประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาลร้อยละ 43.95 ซึ่งประเมินจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เทียบกับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ทั้งนี้ การดำเนินงานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเมื่อพิจารณาผลงานระดับอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษมีผลงานอันดับ 1 ของประเทศ ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเน้นดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในสถานีสภาพชุมชน มีการนำเทคโนโลยี Telemedicine มาใช้ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม.อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้บริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีบุคคลต้นแบบเป็นแรงบันดาลใจ

ถือเป็นการสร้างเสริมพลังบวกให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้มีพลังในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และทำให้บุคคลสามารถตระหนักในความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เกิดความมั่นใจ (Self-confident)⁽⁶⁻⁸⁾ นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เน้นกลุ่มสีแดงที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้ทีม อสม. แกนนำ และจิตอาสาได้ประเมินบริบทความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม สังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ทำให้เกิดความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น จะส่งผลทำให้สามารถปรับการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย^(9,10) และยังส่งผลต่อการรักษาในการลดระดับ HbA1c อีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ดี⁽¹¹⁾ ดังนั้นจึงควรเน้นสร้างแรงบันดาลใจ และความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อตามนโยบายพระราชกฤษฎีกากระทรวงสาธารณสุข ด้วยบริการสุขภาพแนวใหม่ ใช้กลไก 3 หมอ และเทคโนโลยีดิจิทัลเชื่อมโยงระบบบริการ ช่วยลดเวลารอคอยและความแออัดในโรงพยาบาล จากการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ หลังดำเนินการ 4 เดือน พบว่าการดำเนินงานสถานีสภาพดิจิทัลช่วยลดความแออัดในการรับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 50 รายต่อวัน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสูญเสียรายได้จำนวน 82,000 บาท โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจถึงร้อยละ 91⁽¹²⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีนโยบายลดความแออัดของการมารับบริการโรคไม่ติดต่อในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยการขยายการบริการสถานีสภาพดิจิทัลให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽¹³⁾ นอกจากนี้กิจกรรมการคัดกรองสุขภาพในสถานีสภาพแล้ว ยังมีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยง ในทางระบดถือว่า เป็นการป้องกันโดย

การลดความเสี่ยง (Risk Reduction)⁽¹⁴⁾ เป็นการป้องกันควบคุมโรคที่ดีและได้ผลที่สุด ดังนั้น สถานีสภาพชุมชนเปรียบเสมือนระบบบริการสุขภาพที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ที่มีศักยภาพในแต่ละพื้นที่ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับการทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแผนบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการพัฒนาการจัดบริการแนวใหม่ เพื่อให้ประชาชนสามารถรับบริการคัดกรองสุขภาพได้อย่างครอบคลุม
2. ควรส่งเสริมรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสู่ชุมชน เชื่อมโยงระบบ 3 หมอ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telemedicine หรือ Line มาใช้เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว
3. ทีมผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ควรร่วมออกแบบระบบการสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล และให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มสื่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดการสุขภาพตนเองได้ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ควรมีการขยายรูปแบบการดำเนินงานในสถานีสภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้ครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการคัดกรองสุขภาพะเร็งค้นหากลุ่มเสี่ยง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ที่สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปี พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค ร่วมรณรงค์ วันหัวใจโลก 2566 เผยปีที่แล้วคนไทยเสียชีวิตโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย ย้ำโรคนี้สามารถป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc>.
3. HDC กระทรวงสาธารณสุข. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
4. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?gid=1-020&tid=32>.
5. ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (chronic care model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(2): 55-63.
6. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991; 16(3): 354-61.
7. Contreras F, Sanchez M, Cruz MSM, Chávez C, Mindiola A, Bermudez V, et al. Management and education in patients with diabetes mellitus. Medical & Clinical Reviews 2017; 3(2): 1-7.
8. Gagliardino JJ, Chantelot JM, Domenger C, Ramachandran A, Kaddaha G, Mbanya JC, et al. Impact of diabetes education and self-management on the quality of care for people with type 1 diabetes mellitus in the Middle East (the International Diabetes Mellitus Practices Study, IDMPs). Diabetes Res Clin Pract 2019; 1(47): 29-36.
9. กิ่งกมล พุทธิบุญ, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(1): 127-36.
10. จุฑามาศ นักบุญ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2560.
11. Azevedo J, Baldoni N, Rabelo C, Sanches C, Oliveira C, Alves G, et al. Effectiveness of individual strategies for the empowerment of patients with diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. Prim Care Diabetes 2018; 12(2): 97-110.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 10. จังหวัดศรีสะเกษ. วันที่ 21-23 มิถุนายน 2566.
13. กองโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการจัดบริการสถานีสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
14. สมาคมระบาดวิทยา (ประเทศไทย). พื้นฐานระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แคนนากราฟฟิค; 2559.

การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น Investigation of A Public Hospital Cluster of COVID-19 Case in Nongruea District, Khonkaen Province

ทวิ พิมพันธ์ วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)

รัตนา หาทนดี พย.บ.

โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

Thawee Phimphan B.Sc. (Community Health)

Rattana Hathon B.N.S.

Nongruea Hospital, Khonkaen Province

Received: October 5, 2023

Revised: November 28, 2023

Accepted: February 14, 2024

บทคัดย่อ

งานระบาดวิทยา กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในอำเภอหนองเรือได้รับแจ้งว่าพบกลุ่มก้อน (Cluster) ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 8 ราย หลังจากพบผู้ป่วยยืนยันโรครายแรกเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวนระหว่างวันที่ 7 - 12 กุมภาพันธ์ 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาดและวินิจฉัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา และกำหนดมาตรการควบคุมการระบาดของโรคที่เหมาะสม โดยทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ศึกษาสภาพแวดล้อมในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และยืนยันการติดเชื้อโดยปายหลังโพรงจมูกเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ COVID-19 ผู้ป่วยยืนยันโรครายแรกเป็นผู้ป่วยชายอายุ 39 ปี จากการสอบสวนและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 21 ราย พบผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 จำนวน 7 รายคือเภสัชกร 4 ราย (ร้อยละ 19.05) และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3 ราย (ร้อยละ 14.29) อัตราป่วยร้อยละ 33 ลักษณะการระบาดเป็นแบบแพร่กระจาย แต่ไม่สามารถระบุต้นตอของการระบาดได้ชัดเจน แต่จากการสอบสวนโรคพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องยา จุดอ่อนที่อาจเป็นสาเหตุของการระบาดครั้งนี้เกิดจากการไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 อย่างเคร่งครัด ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการปรับปรุงมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เน้นย้ำให้บุคลากรทางการแพทย์ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เหมาะสม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเพื่อป้องกันโรค COVID-19

คำสำคัญ: สอบสวนโรค โควิด 19 การติดเชื้อในโรงพยาบาล

Abstract

A cluster of 8 COVID-19 cases in the pharmaceutical and consumer protection division was reported to the Division of Communicable Disease Control, Primary and Holistic Care Department, Nongruea Hospital. After the first confirmed case was detected on February 7, 2023, an outbreak investigation was conducted during February

7-12, 2023 in order to confirm the outbreak and diagnosis of COVID-19, study epidemiological characteristics, and implement appropriate outbreak control measures. Descriptive epidemiological study was conducted by chart review, interviewing healthcare workers, evaluating the environmental factors of the male pharmaceutical and consumer protection division, and taking nasopharyngeal swabs (NP swab) for confirmatory COVID-19 Rapid Ag test. The first confirmed case was a 39-year old male. Based on the outbreak investigation and active case finding, 21 high-risk contacts were identified. Of these 21 high-risk contacts, 21 were healthcare workers. A total of 7 confirmed cases of COVID-19 infections were detected i.e. 4 pharmacist (19.05%) and 3 pharmaceutical assistant (14.29%). The attack rate was 33%. This outbreak was caused by propagated sources. Nevertheless, the source of this outbreak could not be determined. Prior to the outbreak, according to hospital rules, all admitted patients had tested negative by RT-PCR. However, it was found that healthcare workers had failed to adhere to the universal masking requirements. The points of weakness were lack of robust preventive and infection control measures, as well as a limitation of screening tests for patients who may have COVID-19 related illnesses. To prevent future outbreaks, Additionally, they should also improve the environments in the pharmaceutical and consumer protection division and emphasize the importance of wearing appropriate PPE to healthcare workers. As healthcare workers were considered high-risk groups, they should be encouraged to receive COVID-19 vaccination.

Keywords: Outbreak investigation, COVID-19, Nosocomial infection

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนตั้งแต่ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ติดเชื้อยืนยันในหลายประเทศทั่วโลกและในมีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้เป็น การระบาดใหญ่ (Pandemic) มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมาก ส่วนในประเทศไทยมีการระบาด กระจายไปทั่วประเทศโดยตั้งแต่ปี 2563 ถึงกันยายน 2564 มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมจำนวน 1,219,531 ราย เสียชีวิต 11,747 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.99⁽¹⁾

โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ ช่องทางการแพร่เชื้อได้แก่การหายใจ การสัมผัสเยื่อบุตา จมูกหรือปากโดยตรง และการสัมผัสเยื่อบุผ่านมือที่มีเชื้อไวรัส สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ จะถูกปล่อยออกมาระหว่างหายใจออกเช่นการพูด การไอ

หรือจาม โดยระยะที่แพร่เชื้อขึ้นกับขนาดของละอองและสภาพแวดล้อมในขณะนั้น ความเสี่ยงในการติดเชื้อจะสูงมากในระยะ 1-2 เมตร แต่มีรายงานการแพร่เชื้อที่ไกลกว่า 2 เมตร ปัจจัยที่ทำให้แพร่เชื้อได้ระยะไกลคือการทำกิจกรรมที่ปล่อยสารคัดหลั่งทางเดินหายใจออกมาเพิ่มขึ้นและสถานะที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก⁽²⁻⁴⁾ ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 2-14 วัน ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ และอาจเกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจเฉียบพลันและรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน^(2,3) การวินิจฉัยโรคทำได้โดยการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันการติดเชื้อโดยตรวจจากการปายหลังโพรงจมูก

(Nasopharyngeal swab) เพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อ COVID-19 โดยวิธี Rapid Ag test⁽⁵⁾ การรักษาโรคติดเชื้อ COVID-19 ใช้การรักษาตามอาการ การรักษาแบบประคับประคอง และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยบางราย⁽⁶⁾ ซึ่งมาตรการในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 จนทำให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ในสังคม โดยเฉพาะมาตรการที่ทางกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ให้ยึดหลัก D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด ได้แก่ D: Social Distancing เป็นการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร และเสี่ยงการอยู่ในที่แออัด M: Mask Wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H: Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ T: Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย T: Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง⁽⁷⁾ โรงพยาบาลเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคทางเดินหายใจเนื่องจากมีผู้เข้ารับบริการจำนวนมากมีความแออัดและการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม โดยเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมสอบสวนโรคของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในอำเภอหนองเรือได้รับแจ้ง พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งถือเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาดและการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ และกำหนดมาตรการควบคุมการระบาดของโรคที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ใช้แบบคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกรมควบคุมโรค และเก็บข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยกรณีบุคลากรทางการแพทย์⁽⁵⁾ ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว อาการแสดง และประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 จากนอกโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ

2. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยกำหนดนิยาม ดังนี้⁽⁵⁾

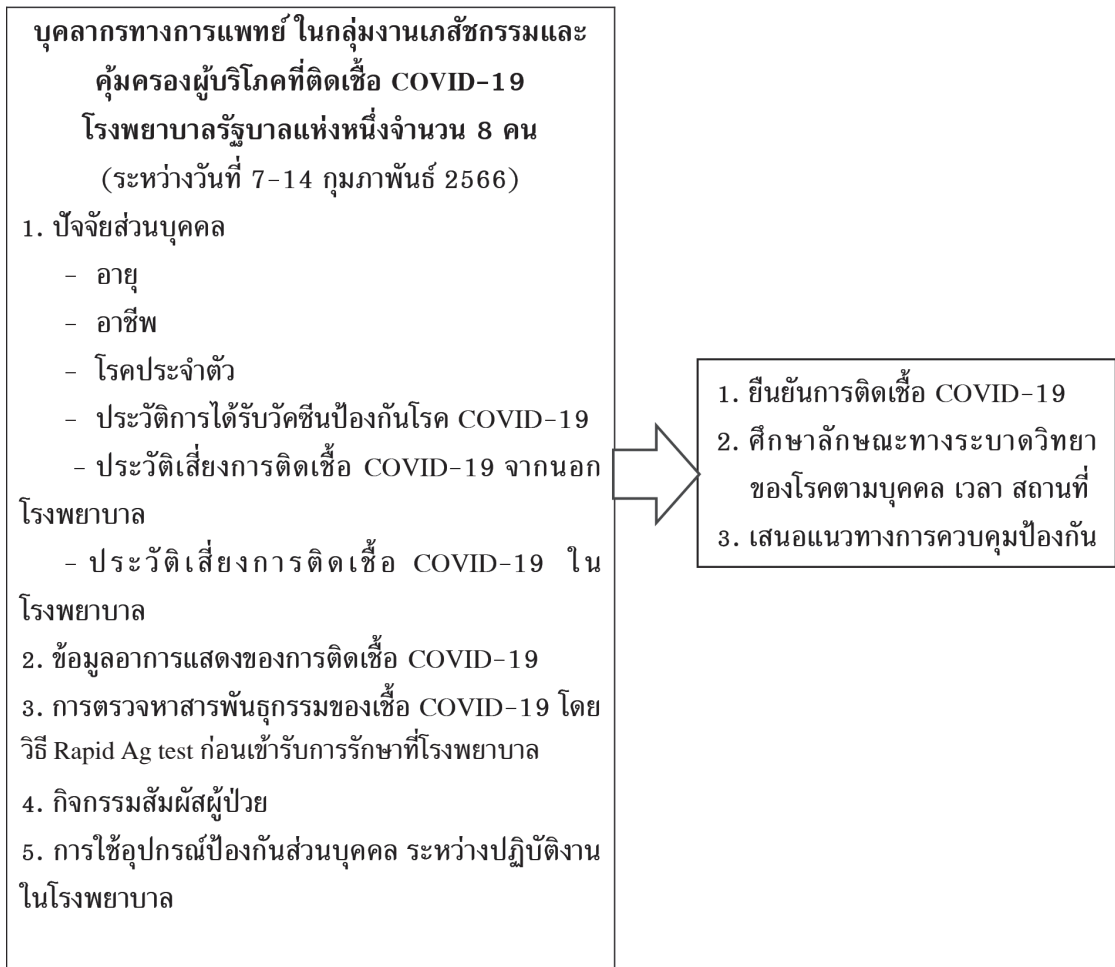
2.1 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง หมายถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ใส่ Personal Protective Equipment (PPE) ตามมาตรฐาน

2.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ หมายถึงบุคลากรในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยใส่ PPE ตามมาตรฐาน

2.3 ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ COVID-19 โดยวิธี Rapid Ag test

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการเก็บตัวอย่างยืนยันการติดเชื้อโดยตรวจจาก Nasopharyngeal swab เพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อ COVID-19 โดยวิธี Rapid Ag test ซึ่งยืนยันจากห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาล⁽⁵⁾

4. การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม โดยการสำรวจและประเมินสภาพแวดล้อมในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค



ภาพที่ 1 แผนผังวิธีการศึกษา

ผลการสอบสวน

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมสอบสวนโรคโรงพยาบาล ได้รับแจ้งพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นผู้ป่วยชายอายุ 39 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆ เจ็บคอ มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ได้รับการตรวจ Rapid Ag test ผลไม่พบเชื้อ ได้รับยาและกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ต่อมาวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอแห้ง เจ็บคอ และปวดศีรษะ ทานยาแล้วไม่ดีขึ้น ปฏิเสธสัมผัสหรือใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง COVID-19 ปฏิเสธสัมผัสหรือ

ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการตรวจ Rapid Ag test เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ผลการตรวจ Rapid Ag test พบเชื้อ COVID-19 จากการทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกัน COVID-19 เข็มที่ 4 ไม่มีประวัติเสี่ยงการติดเชื้อจากนอกโรงพยาบาล ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ COVID-19 ก่อนหน้านั้น พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ติดเชื้อรายแรกจำนวน 7 คน จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงทั้งหมดเนื่องจากไม่ได้ใส่ PPE ตามมาตรฐาน ใส่เพียงหน้ากากอนามัย 1 ชั้น ไม่มีแว่นครอบตาและกระจังป้องกันใบหน้า (Face shield) ปฏิบัติงาน การค้นหา

ผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 21 คน (ตรวจครั้งแรกวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ถ้าพบการติดเชื้อให้เข้ารับการรักษที่ห้องผู้ป่วยแยกโรค) รวมจำนวนตรวจทั้งสิ้น 21 ราย ตรวจพบการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 7 ราย คือ เกสัชกร 4 ราย และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3 ราย

ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ 8 ราย เป็นบุคลากรทางแพทย์ทั้งหมด เป็นเพศหญิง 7 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุระหว่าง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี พบว่าผู้ป่วย 7 รายไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคลมชัก 1 ราย (ร้อยละ 12.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง อำเภอนหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	1	12.5
- หญิง	7	87.5
อายุ		
- อายุ 30 ปี ลงมา	1	12.5
- อายุ 31-40 ปี	6	75.0
- อายุ 41 ปีขึ้นไป	1	12.5
Mean = 35 ปี, Median = 34 ปี, Min = 30 ปี, Max = 46 ปี		
อาชีพ		
- เกสัชกร	4	50.0
- เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3	37.5
- พนักงานประจำห้องยา	1	12.5
โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	7	87.5
- โรคลมชัก	1	12.5

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ได้รับการฉีดวัคซีน 4 เข็มจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 75.5) ไม่มีประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 จากนอกโรงพยาบาล 7 ราย (ร้อยละ 75.5) มีประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 จากนอกโรงพยาบาล (มีญาติ

มาจาก กทม.) 1 ราย (ร้อยละ 12.5) มีประวัติสัมผัสกับเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันระหว่างปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 และประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 จากนอกโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค COVID-19 โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19		
- ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	1	12.5
- ได้รับวัคซีน 3 เข็ม	1	12.5
- ได้รับวัคซีน 4 เข็ม	6	75.5
(วัคซีนยี่ห้อ Sinovac, AstraZeneca, Pfizer, Moderna)		
ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 จากนอกโรงพยาบาล		
- มี (มีญาติมาจาก กทม.)	1	12.5
- ไม่มี	7	75.0
ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาล		
- มี (เพื่อนร่วมงาน)	8	100
การใส่อุปกรณ์ป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน		
(หมายถึง สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าอย่างน้อย 1 ชั้นแนบสนิทกับใบหน้าโดยขอบของหน้ากากครอบตั้งแต่บริเวณจมูกถึงคางและสวมตลอดเวลาที่อยู่ในสถานพยาบาล)		
- ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน	8	100

อาการและอาการแสดงโรค COVID-19 ของผู้ป่วย ได้แก่ ไข้ร้อยละ 75 เจ็บคอ ไอมีเสมหะร้อยละ 100 เสียงแหบ มีน้ำมูก และปวดตามร่างกายร้อยละ 25 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบร้อยละ 100 ผลการรักษา ผู้ป่วยรักษาหายร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาตัวที่บ้านในระยะเวลา 5 วันร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3

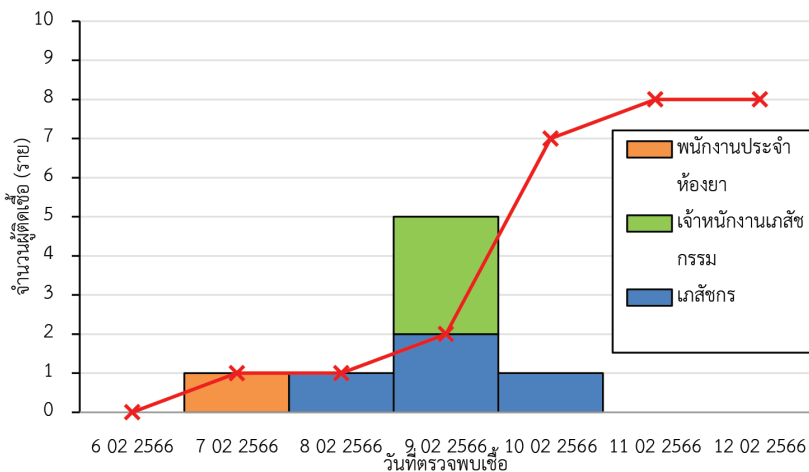
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ อาการแสดง และความรุนแรงของผู้ป่วยโรค COVID-19 โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาการแสดง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไข้ (วัดอุณหภูมิตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป)	7	75.5
- ไอ มีเสมหะ	8	100
- เจ็บคอ	8	100
- มีน้ำมูก	3	37.5
- เสียงแหบ	2	25.0
- ปวดตามร่างกาย	2	25
ภาวะแทรกซ้อน		
- ไม่มีภาวะปอดอักเสบ	8	100
ผลการรักษา		
- รักษาหาย (รักษาที่บ้าน ระยะเวลา 5 วัน)	8	100

จากการสอบสวนโรค พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และจากสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถรักษาระยะห่างทางกายภาพ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระบาดในครั้งนี้ มีบุคลากรทางการแพทย์ 1 รายที่มีญาติมาจากกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 ประวัติญาติไม่มีอาการไข้ ไอ หรือไปในสถานที่เสี่ยง บุคลากรทางการแพทย์บางรายมีอาการไข้ ไอ ก่อนหน้าที่จะตรวจพบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อรายแรก แต่ไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในช่วงที่มีอาการ กิจกรรม

ที่เป็นความเสี่ยงให้เกิดการแพร่เชื้อ จากการสอบสวนพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ การปฏิบัติงานร่วมกัน มีการรับประทานอาหารร่วมกันซึ่งอาจเป็นช่วงที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการสอบสวนและค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 21 ราย ผลการตรวจพบการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 8 ราย (รวมผู้ติดเชื้อรายแรก)



วันที่ตรวจหาเชื้อ COVID-19 โดยวิธี Rapid Ag test ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

	8 ก.พ. 66	9 ก.พ. 66	10 ก.พ. 66	11 ก.พ. 66
จำนวนเก็บตัวอย่างจาก (ราย)	4	12	3	2
พบการติดเชื้อ (ราย)	1	5	1	0

ภาพที่ 2 เส้นโค้งการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคระหว่างวันที่ 7-12 กุมภาพันธ์ 2566 และจำนวนการตรวจหาเชื้อ COVID-19 โดยวิธี Rapid Ag test ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

การศึกษาเชิงพรรณนาด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยคือพื้นที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก สำหรับเภสัชกรจ่ายยา และแนะนำการใช้ยาให้กับผู้รับบริการจำนวน 3 ช่อง มีพื้นที่เตรียมยา/จัดยาโดยใช้สำหรับเภสัชกรหรือเจ้าหน้าที่เตรียมยา/จัดชุดยาตามใบสั่งยา

จากแพทย์ มีพื้นที่ที่ผู้เข้ารับบริการมาติดต่อเจ้าหน้าที่ทั้งในเรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องยาและผู้มาติดต่อราชการ มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบและหมุนเวียนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีช่วงพักรับประทานอาหารกลางวัน 2 ช่วง (เวลา 11.00 - 12.00 น. และ 12.00 - 13.00 น.) ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย บริเวณภายใน

ห้องมีพัดลมเพดานเป็นชนิดพัดลมโคจรจำนวน 2 ตัว ตำแหน่งตรงกลางบริเวณพื้นที่เตรียมยา/จัดยา มีเครื่องปรับอากาศจำนวน 2 ตัว ไม่มีพัดลมดูดอากาศ ไม่มีเครื่องฟอกอากาศ พื้นที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ อยู่ในพื้นที่ห้องเดียวกันกับพื้นที่เตรียมยา/จัดยาและจ่ายยาผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก

การกำหนดมาตรการควบคุมการระบาดของโรค

หลังจากได้รับรายงานพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมสอบสวนโรคของโรงพยาบาลได้ลงพื้นที่สอบสวนโรคทันทีและมีมาตรการงดการรับประทานอาหารร่วมกันภายในบริเวณห้องยา ทำความสะอาดฆ่าเชื้อบริเวณพื้นผิวจุดสัมผัสและอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ร่วมกัน ล้างเครื่องปรับอากาศภายในห้องทำงาน กำหนดเวลาปิดเครื่องปรับอากาศ เปิดหน้าต่างอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และทำการตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 21 คน และให้เฝ้าระวังอาการ 5 วันนับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 วันสุดท้ายโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เสี่ยงสูงทั้งหมดให้ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์จากการทบทวนเวชระเบียนร่วมกับลงพื้นที่สำรวจทำให้ข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ครบถ้วนเนื่องจากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

ข้อเสนอแนะ

ด้านบุคลากร เน้นย้ำมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล มีการเหลื่อมเวลาการพักในห้องพักเจ้าหน้าที่ และงดรับประทานอาหารร่วมกัน เน้นย้ำการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เหมาะสมกับกิจกรรมการให้บริการกับผู้ป่วย เช่น หน้ากาก N95 แวนครอบตา และกระจังป้องกันใบหน้า และหากบุคลากรมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ หรือมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อ COVID-19 ให้รายงานเข้าระบบของโรงพยาบาลทันทีและเข้ารับการตรวจ

ด้านสภาพแวดล้อม ควรมีการปรับปรุงระบบระบายอากาศ เช่นการติดตั้งลมระบายอากาศเพื่อเพิ่มการไหลเวียนอากาศภายในพื้นที่ ซึ่งการไหลเวียนของอากาศให้เป็นแบบทางเดียว (one-way) โดยกำหนดให้การไหลเวียนของอากาศจากเขตสะอาดมากไปเขตสะอาดน้อย หรือกำหนดความดันอากาศภายในพื้นที่ เช่น พื้นที่ในห้องจ่ายยา มีความดันอากาศเป็นบวก และพื้นที่รอรับยาของผู้รับบริการเป็นลบ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สำหรับพื้นที่นี้เป็นต้น หลักเสี่ยงการใช้พัดลมโคจรเพราะไม่สามารถกำหนดทิศทางการไหลเวียนของอากาศได้ มีการทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวจุดสัมผัสร่วมและจัดให้มีจุดบริการล้างมืออย่างเพียงพอ

วิจารณ์

การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 8 ราย ได้แก่เภสัชกร 4 ราย เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 3 ราย และพนักงานประจำห้องยา 1 ราย มีอัตราป่วยร้อยละ 33 ซึ่งสูงกว่าอัตราการติดเชื้อ COVID-19 จากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งอื่นที่ผ่านมา⁽⁹⁾ สาเหตุน่าจะเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด⁽¹¹⁾ ร่วมกับเชื้อไวรัสสามารถแพร่กระจายได้ง่าย^(3,5,9) โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีเวลาพักรับประทานอาหารที่พร้อมกัน ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ และจากการศึกษาสภาพแวดล้อมที่กลุ่มงานฯ พบว่าการระบายอากาศไม่เพียงพอและไม่สามารถควบคุมทิศทางลมของพัดลมเพดานได้ หากมีผู้ติดเชื้อในกลุ่มงานฯ จะทำให้แพร่กระจายเชื้อได้ง่าย

การระบาดในครั้งนี้น่าจะเกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเสี่ยงการติดเชื้อจากนอกโรงพยาบาลไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม ไม่สามารถระบุได้

แนชต์ถึงผู้ป่วยรายแรกที่ติดเชื้อซึ่งเป็นแหล่งที่มาของการระบาดในครั้งนี้ เนื่องจากโรคนี้มีการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated Source) มีการแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ พบผู้ติดเชื้อยืนยันรายอื่นหลังจากมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเพียง 1 วัน ซึ่งอาจจะมีการติดเชื้อมาพร้อม ๆ กับผู้ป่วยรายแรก โดยอาจติดเชื้อมาจากผู้ติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการในกลุ่มงานนี้ได้ ส่วนของวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการได้รับวัคซีนจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อ COVID-19 และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรค⁽¹⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลในประเทศไทยเกิดจากปัจจัยเสี่ยง เช่น ไม่มีการแยกผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจกับผู้ป่วยทั่วไป สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลค่อนข้างแออัด การถ่ายเทอากาศไม่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ บุคลากรทางการแพทย์มีปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 คือ การใส่ PPE ที่ไม่เหมาะสม มีลักษณะงานและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดเชื้อ⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับที่พบในการระบาดครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีมาตรการในการสวมหน้ากากอนามัยแบบเคร่งครัด การเว้นระยะห่างทางกายภาพ การรักษาสูขอนามัยเช่น การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Rapid Ag test มีอัตราการติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในระดับสูง⁽¹³⁾ ในต่างประเทศมีรายงานการติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้โดยที่ไม่มีอาการแสดง ดังนั้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด การตรวจคัดกรองในบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้⁽¹⁶⁾

สรุป

การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคครั้งนี้ ปัจจัยที่ควร

ปรับปรุงเพื่อควบคุมการระบาดได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัดทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล รวมทั้งการเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคให้รวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐในอำเภอหนองเรือ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรคครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no607-010964.pdf>.
2. Centers for Disease Control and Prevention (US). Scientific brief: SARS-CoV-2 transmission [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>.
3. Islam MS, Rahman KM, Sun Y, Qureshi MO, Abdi I, Chughtai A, et al. Current knowledge of COVID-19 and infection prevention and control strategies in healthcare settings: A global analysis. Infect Control Hosp Epidemiol 2020; 41: 1196–206.
4. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020; 382: 1564–7.

5. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-9) ทางห้องปฏิบัติการ SARS-CoV-2. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. Department of disease control. Treatment guidelines for COVID-19 [Internet]. 2020[cited 2023 Feb 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_treatment.pdf
7. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 เขตเมืองด้วยกลไกอาสาสมัครชุมชน (อสม.). กรุงเทพฯ: ซีซี; 2565.
8. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563. เล่ม 117 ตอนพิเศษ 48 ง. หน้า 1. 2563.
9. Barranco R, Vallega Bernucci Du Tremoul L, Ventura F. Hospital-Acquired SARS-Cov-2 infections in patients: inevitable conditions or medical malpractice? Int J Environ Res Public Health 2021;18(2):489.
10. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/corona-virus/covid-19-vaccines-questions-and-answers.html#safety>
11. Juntaradee M, Yimyaem S, Soparat P, Jariyasethpong T, Danchaivijitr S. Nosocomial infection control in district hospitals in northern Thailand. J Med Assoc Thai 2005;88 (Suppl10): S120-3.
12. The European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance definitions for COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19/surveillance/surveillance-definitions>.
13. Habermann EB, Tande AJ, Pollock BD, Neville MR, Ting HH, Sampathkumar P. Providing safe care for patients in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) era: A case series evaluating risk for hospital-associated COVID-19. Infect Control Hosp Epidemiol 2021; 42(12): 1479-85.
14. เจษฎา ธนกิจเจริญกุล. หลักระบาดวิทยา การเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและ การสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/01_Priciple%20of%20Epi%20PHsurveillance%20and%20OB%20investigation_JT%20edit%20BG.pdf.
15. กรมควบคุมโรค. แนวทางการสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_011065.pdf
16. Ariza-Heredia EJ, Frenzel E, Cantu S, Carlson M, Thomas G, Khawaja F, et al. Surveillance and identification of clusters of healthcare workers with coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multidimensional interventions at a comprehensive cancer center. Infect Control Hosp Epidemiol. 2021; 42(7): 797-802.